Este informe brinda información –hasta ahora notablemente escasa en la región estudiada– de una serie de indicadores de (in)cumplimiento de derechos de uno de los segmentos de población en extrema vulnerabilidad social de la región Altos de Chiapas: niñas y niños indígenas en su primera infancia.

El cumplimiento de los derechos humanos, particularmente de niñas y niños, es un deber irrenunciable del Estado mexicano, así está plasmado en nuestra Constitución Política y en los diferentes convenios internacionales de los que México forma parte, entre los que destaca, de manera particular, la Convención de los Derechos del Niño. En forma adicional, las recientes leyes aprobadas en esta materia, a nivel nacional y estatal, en 2014 y 2015 respectivamente, han establecido las obligaciones específicas del sector gubernamental y social para garantizar los derechos de la infancia.

Este diagnóstico es un primer paso de los muchos que faltan dar para el verdadero cumplimiento de los derechos humanos de niñas y niños de cero a ocho años de edad, etapa fundamental que determina en gran medida el desarrollo de los seres humanos.

melel xojobal

FORO para el Desarrollo Sustentable, A.C.

El estado de derechos en la primera infancia indígena

El estado de derechos en la primera infancia indígena:

—Un análisis en tres municipios de los Altos de Chiapas—

Melel Xojobal A.C.

FORO para el Desarrollo Sustentable A.C.

El estado de derechos en la primera infancia indígena:

—Un análisis en tres municipios de los Altos de Chiapas—

Retos urgentes por atender en la primera infancia en los municipios de Chenalhó, San Juan Cancuc y San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Melel Xojobal A.C.

FORO para el Desarrollo Sustentable A.C.

Agosto 2015

El estado de derechos en la primera infancia indígena: un análisis en tres municipios de los Altos de Chiapas.

Responsable de la publicación:
Melel Xojobal A.C.
FORO para el Desarrollo Sustentable A.C.

Revisión de la publicación:
Marisol Vega Macedo
Jennifer Haza Gutiérrez

Coordinación:
Patricia Figueroa Fuentes
Ramón Martínez Coria

Investigación Documental:
Valeska Araneda Salas
Oscar Erik Troncoso Torrez

Equipo de investigación en campo:
Juana Victoria Hernández Gómez
Jose Alfonso López Gómez
Nolberto Gutiérrez Pérez
Alberto Huet González
María Concepción Bautista Vázquez
Antonia Ruiz Hernández
Daniel Muñoz Gómez
Enrique Sántiz Pérez
Miguel Ico Martínez
Jorge Varandela Franco
Alberto Huet González
Sandra Guadalupe Rosales Cruz
Celia Maribel Méndez Ruiz
Patricia Figueroa Fuentes
Ramón Martínez Coria

Con el apoyo de:
Benito Hernández González
José Encinos Gómez

Revisión y análisis de datos:
Claudia Ileana Espinosa Díaz
Jorge Varandela Franco
Minerva G. Hernández Aguilar
Marisol Vega Macedo

Elaboración del informe
Claudia Ileana Espinosa Díaz
Jorge Varandela Franco

Diseño editorial:
Gabriela Soriano Segoviano

Septiembre de 2015

Índice

Agradecemos a todas las personas y comunidades, en particular a las mujeres, de los municipios de San Juan Cancuc (Chiloljá, El Pozo), Chenalhó (La Libertad, Belisario Domínguez) y San Cristóbal de Las Casas (Yashtinin, Molino los Arcos) que nos abrieron las puertas de sus espacios familiares y nos regalaron su palabra sobre la crianza de las y los más pequeños.

A las niñas y niños que participaron en los talleres y durante las entrevistas.

A las maestras, educadoras y educadores y a las y los colegas de las organizaciones sociales por compartir su mirada sobre la situación de la primera infancia en la región.

Al equipo de Alianza Cívica por su por su colaboración en construcción de la obra de títeres para devolver los resultados a las comunidades participantes.

A la Fundación W.K. Kellogg por todo su apoyo y paciencia para la realización de este proyecto.



Presentación

Una de las principales maneras de medir el "desarrollo" de un país, es el análisis de cómo se trata a los grupos de población con mayores niveles de vulnerabilidad, entre los que se encuentran las niñas y niños, las y los adultos mayores y las mujeres, sobre todo si dichos grupos acumulan una serie de condiciones socioeconómicas desfavorables, que los colocan en una situación de mucho mayor vulnerabilidad y exclusión social, tal como es el caso de la pobreza y el pertenecer a pueblos indígenas.

El equipo de trabajo de Melel Xojobal y Foro para el Desarrollo Sustentable, nos aporta en este valioso e interesantísimo informe, un material que tendría que ser no solo una herramienta de consulta, sino un referente obligatorio para sensibilizarnos y concientizarnos sobre la situación prevaleciente en materia de incumplimiento a los derechos humanos, de uno de los segmentos de población con extrema vulnerabilidad social: niñas y niños indígenas de cero a ocho años de edad –es decir, en su primera infancia–, de algunos municipios de la región Altos de Chiapas.

Si para el Estado mexicano la infancia no es una prioridad, menos aún los son las niñas y niños indígenas, quienes siguen siendo objeto de discriminación y violación sistemática de sus derechos...

El informe nos introduce primeramente en una serie de definiciones sobre lo que se considera como primera infancia, nos conceptualiza el enfoque de derechos humanos y de determinantes sociales de la salud y, a partir de ello, nos permite ir identificando, con datos obtenidos de manera cuantitativa y cualitativa en comunidades de tres municipios –Chenalhó, San Juan Cancuc y San Cristóbal de Las Casas–, las obligaciones en materia de derechos humanos, que el Estado en sus distintos niveles (federal, estatal y municipal) ha sido omiso o no ha cumplido de manera satisfactoria, entre la población infantil de cero a ocho años de edad.

La revisión y análisis de los indicadores incluidos en el estudio, nos permite responder que "no" de una manera contundente, a la principal pregunta objeto del presente trabajo: "La primera infancia indígena en el estado de Chiapas: ¿es prioridad para el Estado?" En los hechos, si

para el Estado mexicano la infancia no es una prioridad, menos aún los son las niñas y niños indígenas, quienes siguen siendo objeto de discriminación y violación sistemática de sus derechos.

Se dice que niñas y niños son el futuro de la nación pero, además de ser ellas y ellos parte del presente, ¿qué es lo que les ofrece la nación? Prácticamente la totalidad de los derechos humanos de la gran mayoría de niñas y niños indígenas, tales como el derecho a la alimentación, vivienda digna y adecuada, al vestido, a la ciudadanía, educación, a la salud y al acceso a servicios de salud de calidad con capacidad resolutiva, así como a la protección (contra el abandono y maltrato, entre otros) no se cumplen y, peor aún, tal como se puede desprender de las conclusiones y recomendaciones del informe, de no actuar de manera efectiva, jamás se cumplirán.

Este informe nos brinda información –hasta ahora notablemente escasa en la región estudiada– de una serie de indicadores de (in)cumplimiento de derechos de la infancia

El informe adquiere aún mayor relevancia si se toma en cuenta que Chiapas es considerado, junto con Oaxaca y Guerrero, uno de los estados más pobres del país, que posee los peores indicadores de salud, educación, vivienda, ingresos y seguridad social, entre otros. A su vez, al interior del estado de Chiapas, la región de los Altos es una de las de mayor pobreza y marginación social.

En suma, este informe nos brinda información –hasta ahora notablemente escasa en la región estudiada– de una serie de indicadores de (in)cumplimiento de derechos de la infancia, que bien puede constituirse una primera aproximación para evaluar los posibles avances o estancamiento de la situación de bienestar de niñas y niños de los Altos de Chiapas.

El cumplimiento de los derechos humanos, particularmente de niñas y niños, es un deber irrenunciable del Estado mexicano, así está plasmado en nuestra Constitución Política y en los diferentes convenios internacionales de los que México forma parte, entre los que destaca, de manera particular, la Convención de los Derechos del Niño. En forma adicional, las recientes leyes aprobadas en esta materia, a nivel nacional y

estatal, en 2014 y 2015 respectivamente, han establecido las obligaciones específicas del sector gubernamental y social para garantizar los derechos de la infancia. Este diagnóstico es un primer paso de los muchos que faltan dar para el verdadero cumplimiento de los derechos humanos de niñas y niños en su primera infancia, etapa fundamental que determina en gran medida, el desarrollo de los seres humanos.

Dr. Héctor Javier Sánchez Pérez.
Colegio de la Frontera Sur

I. Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia "la primera infancia es el período que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad" (OMS y UNICEF, 2013: 5)[1]. Es la etapa donde el ser humano crece y se desarrolla casi la mitad de lo que lo hará en toda la vida, por ello hablar de primera infancia conlleva una serie de prioridades para asegurar las condiciones necesarias e indispensables para que este crecimiento y desarrollo se den de manera óptima.

El crecimiento y desarrollo de una niña o niño durante la primera infancia depende esencialmente de los estímulos que se le den y de las condiciones del medio ambiente en que se desenvuelva. Es por esto que en la etapa comprendida sobre todo entre los cero y los cinco años de edad donde es necesario atender a las niñas y niños de manera armónica, tomando en cuenta los componentes de salud, nutrición, protección y educación inicial en diversos contextos (familiar, comunitario, institucional), de tal manera que se les brinde apoyo para su supervivencia, crecimiento, desarrollo y aprendizaje óptimos, es decir el pleno ejercicio de sus derechos.

La primera infancia es la etapa donde el ser humano crece y se desarrolla casi la mitad de lo que lo hará en toda la vida

De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales el derecho a la salud es inclusivo y no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia y potable y a las condiciones sanitarias adecuadas, al suministro adecuado de alimentos sanos, una vivienda adecuada, acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (CESCR, 2000).

A partir del reconocimiento de la interdependencia de los derechos, se concluye que debe hacerse una referencia a la vinculación entre los derechos a la salud,

1 Organización Mundial de la Salud y Unicef (2013). El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad. Un documento de debate. Disponible en: http://www.unicef.org/earlychildhood/files/ECDD_SPANISH-FINAL_(low_res).pdf. Consultado el 20 de mayo de 2014

agua y alimentación, vivienda, educación a partir de los datos derivados de la investigación.

Las condiciones que vulneran el derecho a la salud son en primer lugar la mortalidad en la primera infancia resultado de inequidades evitables como son la pobreza, el hambre y la marginación, consecuencia del incumplimiento de múltiples derechos sociales. Según las estimaciones de la OMS, en el 2012 la probabilidad de morir antes de los cinco años en México era de 16 por cada mil nacidos vivos. Sin embargo, la cifra aumenta si consideramos sólo el primer año de vida. En este sentido el INEGI[2] (2013) informa que en Chiapas, en el 2011, se registraron 18.8 defunciones de niñas y niños menores de un año de edad por cada mil nacimientos. Este dato tiene especial relevancia si consideramos que muchas de estas muertes pudieron ser evitadas.

En el estudio hecho por Chong (2010) se define como muertes evitables aquellas que podrían reducirse con medidas sencillas y de bajo costo, como son las enfermedades intestinales infecciosas. En dicho trabajo encontraron que para individuos neonatos (0-28 días), en la Región de los Altos, la muerte evitable fue del 75.4%, y para post neonatos (29 a 364 días) de 87.9%. Concluyendo que *"la alta proporción de defunciones infantiles evitables en la Región de los Altos pone en evidencia al sistema de salud al mostrar importantes rezagos sanitarios en el Estado, puesto que evitar estas defunciones está asociado a la calidad de la atención médica"* (Chong, 2010:49).

El Consejo Nacional de Población (CONAPO 2012)[3] señala que las tres principales causas de mortalidad en Chiapas, tanto para niñas como para niños, son: 1) Asfixia y trauma al nacimiento; 2) Infecciones respiratorias agudas y 3) Enfermedades infecciosas intestinales.

Sin embargo, todas estas estadísticas sólo reflejan una parte de la realidad debido al sub registro de niñas y niños.

"El estado de derechos en la primera infancia indígena: un análisis en tres municipios de los Altos de Chiapas" se diseñó con la expectativa de establecer una línea

2 Disponible en http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/ni%C3%B1o7.pdfFecha de consulta: 29 de Mayo de 2014.

3 Disponible en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Mortalidad. Fecha de consulta: 19 de Mayo de 2014.

de base que visibilizara las condiciones de vida y las dificultades para el ejercicio de los derechos de la primera infancia indígena en contextos de alta marginación y vulnerabilidad y que por supuesto permitiera tener un acercamiento a los determinantes sociales que afectan el crecimiento, desarrollo y aprendizaje óptimos. Desde este punto de partida, se generaron indicadores basados en el enfoque de derechos de la infancia, los cuales fueron analizados desde diferentes percepciones; la de las niñas y niños con una metodología adaptada y acorde a las necesidades de la presente investigación, la de diferentes actores sociales que tienen un papel importante como garantes de derechos y entre ellos figuran; docentes y directivos de escuelas, sociedad civil, sector salud, padres y madres de familia. El presente estudio fue realizado por Melel Xojobal Ac y Foro para el Desarrollo Sustentable AC financiado por la fundación W.K. Kellogg.

El propósito fue contar con información integral, detallada y actualizada respecto a las condiciones de vida y cumplimiento de derechos de la población estudiada. Tomando en cuenta que la información estadística oficial sobre todo de las condiciones de salud y de calidad de vida y que la situación de su acceso a la jurisdicción del Estado tiene serias limitaciones en general por su escala de desagregación y sub registro, nos ocupa la falta y ambigüedad de los datos relativos a la circunstancia en que se encuentran las poblaciones indígenas; resulta alarmante la carencia de referencias acerca de la niñez indígena y en particular respecto a la primera infancia en los territorios de más alta marginación y vulnerabilidad en Chiapas.

Por ello, más que hacer un compendio de las medidas gubernamentales a nivel legislativo, ejecutivo y judicial para garantizar el cumplimiento de los derechos, una revisión exhaustiva de las estadísticas oficiales sobre las condiciones de vida de las niñas y los niños en Chiapas, centrarse en el análisis de políticas públicas implementadas en la entidad o hacer una revisión puntual de la inversión pública para la infancia, la propuesta metodológica se centró en la percepción de las y los sujetos sobre el cumplimiento de los derechos de la primera infancia en sus comunidades, actores ya mencionados anteriormente. Es importante señalar esfuerzos notables, innovadores y replicables en los ámbitos anteriormente mencionados

y que corresponden a niveles de análisis e intervención que no fue abordado en esta investigación. El "Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina" (SIPI), por ejemplo, ofrece datos actualizados de la normativa y las políticas en los países de América Latina[4] y provee indicadores estadísticos desde el EDH, pudiendo consultar este tipo de información para el caso de México. Desde el año 2005, la Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM) ha desarrollado un sistema de indicadores sobre los derechos de la infancia retomando las fuentes oficiales de las diferentes instancias de gobierno, basándose en la información generada a través del Instituto Nacional de Geografía y Estadística[5] (INEGI). El informe anual "La Infancia Cuenta" es el principal referente nacional que visibiliza, con datos contundentes y oficiales, las violaciones de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Finalmente, es importante destacar el informe de UNICEF titulado "Inversión pública en la infancia y la adolescencia en México 2007-2010", publicado en el año 2011, en donde se expone un análisis detallado sobre la inversión pública destinada a la infancia. Dicho documento logra identificar el gasto público desglosado por los cuatro dominios mencionados en la CDN y, más aún, señala los programas federales que destinan recursos a la atención de las niñas y los niños. En el año 2013 el Informe de la UNESCO sobre "Los derechos de la infancia

---

4 "Desde el enfoque adoptado por el SIPI, se concibe a las niñas y niños pequeños como sujetos de derechos (…) Concebirles como sujetos de derecho tiene al menos tres efectos: 1) vuelve relevante no sólo la información sobre los niveles de bienestar alcanzados por los niños sino también aquella sobre la actividad del Estado, en tanto se constituye como garante del cumplimiento de los derechos de las y los niños; 2) esta perspectiva impacta en el tipo de información que debe ser analizada. Tiende a desaparecer la idea de que existen problemáticas sociales estadísticamente irrelevantes. Aquellos fenómenos de limitada extensión o prevalencia desde el punto de vista cuantitativo pasan a ser significativos, en tanto expresan situaciones de violación de los derechos de la niñez; 3) al poner la mirada sobre el accionar de los Estados, resulta relevante analizar la normativa a la vez que indagar acerca de los niveles de cumplimiento de aquello que prescriben" en: http://www.sipi.siteal.org/que_es_el_sipi

5 La REDIM retoma las estadísticas del INEGI, pero la selección de los indicadores que forman parte del sistema de información pasan por un proceso de análisis que cumple con los siguientes criterios: se ajustan a un marco conceptual de causa-efecto, proporcionan información de calidad que permita establecer prioridades, se miden a través del tiempo, provienen o se construyen a partir de fuentes de información confiables y oficiales, causan impacto, tratan de ser comprensibles y son susceptibles de desagregar (Ver: http://www.infanciacuenta.org/icm/antecedentes).

y la adolescencia en Chiapas", retomó la metodología de análisis del presupuesto para el período 2005-2010.
El análisis de políticas públicas desde el EDH continúa siendo un reto, no sólo en el ámbito de la infancia, sino para el cumplimiento de derechos humanos en general. La discusión al respecto, incipiente y sin acuerdos metodológicos generales, requiere de cierta especialización que permita la interrelación entre la administración pública y el EDH. Sin duda, seguirá siendo un tema presente en la agenda pública en los siguientes años y podrá desarrollarse necesariamente a partir de líneas de base que reflejen el ejercicio de derechos humanos, como la que proponemos en el marco de este estudio.
Tal escenario ha creado barreras significativas que obstaculizan la observación y medición del grado de violación de sus derechos, así como de las políticas públicas, estrategias y acciones institucionales que se puedan implementar para garantizarlos, la contribución de los resultados de esta investigación pretende ser la pauta de referencia para la generación de modelos de intervención acordes a las necesidades de las niñas y niños en la primera infancia y por supuesto quien o quienes lo tomen como referencia puedan incidir de manera acertada en garantizar el pleno ejercicio de sus derechos y tengan mejores y la primera infancia indígena tenga más oportunidades para su pleno crecimiento desarrollo.
Los resultados presentados pueden respaldar distintas estrategias posteriores, esto es, desde la visibilización hasta el análisis de las políticas públicas. En este contexto, si bien los resultados del estudio miran hacia el Estado, en tanto garante de los derechos, propone una unidad de análisis que permite mirar el ejercicio de los derechos humanos y no sólo su cumplimiento.

II. Una mirada al estado de derechos en la primera infancia

El Estado Mexicano en materia de Derechos Humanos

Hablar de Derechos Humanos en la primera infancia no es un tema aparte, el pasado 10 de junio del año 2011 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Reforma Constitucional en materia de Derechos Humanos. Dicho documento incorporó a la Constitución Mexicana tres elementos fundamentales que norman el actuar estatal: el bloque de constitucionalidad, la interpretación conforme y el principio pro persona. La relevancia de estos elementos radica en que los tratados e instrumentos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) adquieren un carácter fundamental en la normatividad interna de México.

La reforma marca un hito en materia de Derechos Humanos. Antes de ella, aun cuando el Estado Mexicano había ratificado múltiples instrumentos del Derecho Internacional de Derechos Humanos (DIDH), ponderaba el criterio constitucional como ley suprema. Ahora, los tratados y convenciones internacionales en materia de derechos humanos ratificados por México, forman un bloque con la Constitución y la normatividad interna del país para proteger, en su dimensión más amplia, a todas las personas.

Para no convertirse en letra muerta, la reforma constitucional requiere del trabajo comprometido de diferentes sectores. En el rango de acción de la sociedad civil organizada los retos son múltiples. En primera instancia, y por obvio que parezca, es indispensable que el conocimiento de las implicaciones de la reforma permeé a las organizaciones civiles; en seguida, se requiere de intervenciones estratégicas que aporten a la discusión desde el enfoque de derechos humanos (EDH).

En este marco, es fundamental que la sociedad civil comience a generar mecanismos que monitoreen las acciones estatales a partir del marco amplio de derechos humanos reconocidos constitucionalmente. Sin duda, la construcción de diagnósticos con el EDH permitirá fortalecer la incidencia para la exigencia del cumplimiento nacional y estatal de la materia.

La Convención de los Derechos del niño y el DIDH.

A partir del DIDH, es válido señalar la existencia de un consenso alrededor de los derechos de las niñas y los niños que se fundamenta en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Este tratado internacional propone una división en cuatro dominios para agrupar los 54 artículos que lo conforman: Supervivencia, Desarrollo, Protección y Participación. (Cuadro 1)

CUADRO 1.
Dominios y derechos reconocidos en la Convención de los Derechos del Niño.

DOMINIO	DERECHOS VINCULADOS
Supervivencia	Derecho a la vida
	Derecho a un nivel de vida adecuado: referente al derecho a la alimentación, a la vivienda y al vestido
Desarrollo	Derecho a la salud
	Derecho a la educación
	Derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión
	Derecho al esparcimiento
Protección	Derecho a no ser separado de los padres
	Protección contra el abandono
	Protección contra el maltrato
	Protección contra injerencias arbitrarias
	Protección contra la explotación
	Protección contra el uso ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas
Participación	Derecho a la libertad de expresión
	Derecho de asociación
	Derecho a la información

Fuente: elaboración propia a partir de la Convención de los Derechos del Niño 1990.

La CDN está enmarcada por el conjunto de tratados de Derechos Humanos y otros documentos relevantes que afectan particularmente al goce y disfrute de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Se consideran como esenciales la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño, con sus dos Protocolos Facultativos

relativos a la venta de niños, la explotación sexual infantil y la utilización de niños en la pornografía, así como la participación de niños en los conflictos armados.

El Estado mexicano ratificó la CDN el 21 de septiembre de 1990. Además de esta Convención, ha ratificado una serie de instrumentos del DIDH que protegen a las niñas, niños y adolescentes con lo que adquirió otras obligaciones estatales en la materia (Ver Anexo 1).

De acuerdo con las implicaciones de la reforma constitucional de derechos humanos de junio del 2011, los instrumentos ratificados por el Estado mexicano en materia de derechos de la infancia, adquieren rango constitucional por lo que se convierten en directrices del actuar estatal, de sus obligaciones a cumplir y, en consecuencia, de las orientaciones que desde la sociedad civil se deben vigilar.

La reciente Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chiapas, publicadas en diciembre de 2014 y junio del 2015 respectivamente, por primera vez reconocen a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, establecen principios rectores y criterios para orientar la política en materia de infancia y las obligaciones específicas de los distintos actores gubernamentales y sociales, así como la manera en que estos actores deben trabajar coordinadamente para garantizar los derechos de la infancia.

Las implicaciones de estos marcos normativos suponen una nueva institucionalidad que supere la mirada asistencial con que históricamente se han abordado los asuntos relacionados con el bienestar de niñas, niños y adolescentes; asimismo reconocen la importancia de asignar recursos específicos para la realización de los derechos de la infancia y por primera vez establecen un sistema de información y rendición de cuentas, que incluye el monitoreo y la evaluación de las políticas, programas y acciones que impactan a este grupo social.

Ambos marcos normativos establecen que niñas y niños tienen derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo, a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral, a la protección de la salud y a la seguridad social, a la educación y a una vida libre de violencia, entre otros, y señalan la responsabilidad del Estado y sus municipios, de adoptar las medidas necesarias para garantizar estos

derechos a todas las niñas, niños y adolescentes sin discriminación de ningún tipo o condición.

Por otro lado, las observaciones finales realizadas por el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas en junio de 2015, recomiendan al Estado Mexicano intensificar sus esfuerzos para eliminar la pobreza infantil y aplicar medidas para fomentar el desarrollo y la educación de la primera infancia, sobre la base de una política integral y holística para su atención y desarrollo.

III. Metodología

La presente investigación contempló la construcción de un conjunto de indicadores cualitativos y cuantitativos para la generación de una línea de base, y un perfil multidimensional sobre las condiciones en que vive la primera infancia indígena, dichos indicadores fueron seleccionados bajo el Enfoque de Derechos Humanos (EDH) desde donde es abordada y diseñada la presente propuesta metodológica.

El Enfoque de Derechos Humanos que se aplicó al estudio partió, en primera instancia, del proceso de construcción de indicadores a partir del Derecho Internacional de los Derechos Humanos que recae en la identificación contextualizada de condiciones de ejercicio de los dominios de supervivencia, desarrollo y protección. Tal definición impactó desde el diseño hasta en la manera en cómo se abordaron las problemáticas.

Con el objetivo de establecer categorías compartidas entre los derechos, adoptamos las siguientes dimensiones para los derechos analizados en el estudio:

Disponibilidad	Implica garantizar la suficiencia de los servicios, instalaciones, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa un derecho para toda la población.
Accesibilidad	Se trata de asegurar que los medios por los cuales se materializa un derecho sean accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. Supone cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información.
Adaptabilidad/ Aceptabilidad	Implica que el medio y los contenidos elegidos para materializar el ejercicio de un derecho sean aceptables por las personas a quienes están dirigidos, lo que conlleva el reconocimiento de especificidades y, consecuentemente, la flexibilidad necesaria para que los medios de implementación de un derecho sean modificados de acuerdo con las necesidades de los distintos grupos a los que van dirigidos en contextos sociales y culturales variados.
Calidad	Asegura que los medios y los contenidos por los cuales se materializa un derecho tengan los requerimientos y propiedades aceptables para cumplir con esa función.

Fuente (Serrano y Vázquez, 2010: 88-89)

En el apartado de conclusiones, de acuerdo a estas dimensiones, se señalan las violaciones identificadas respecto a las obligaciones del Estado para promover, respetar, proteger y garantizar los derechos de la primera infancia referidos.

Población de estudio y municipios seleccionados

Se tomó en cuenta únicamente a niñas y niños de cero a seis años para centrar el estudio en la educación inicial y preescolar para a aplicación de cuestionarios y se eligieron los municipios de San Pedro Chenalhó y San Juan Cancuc por encontrarse en la región de Los Altos de Chiapas que concentra la pobreza y desigualdad estructural en mayor medida, y donde la falta de condiciones para el ejercicio efectivo de los derechos conduce a una expulsión masiva de migrantes; además de corresponder a dos lugares lingüísticos distintos, tzeltal y tzotzil, Así como también el municipio de San Cristóbal de las Casas para ubicar el contexto urbano en asentamientos irregulares de la ciudad lo que permitió contrastar tres contextos en materia de ejercicio de derechos en la primera infancia.
Se seleccionaron las cabeceras municipales de los tres municipios del estado de Chiapas:

I) San Pedro Chenalhó,
II) San Juan Cancuc y
III) San Cristóbal de las Casas

De cada municipio se definieron dos comunidades que cumplieran con las siguientes características:

- Localidades con más de 500 habitantes
- Localidades que registrarán más de 100 niños y niñas en rangos de edad entre cero y seis años.
- Una localidad considerada de "alta marginación", de acuerdo con los parámetros del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).
- Una localidad catalogada como de "muy alta marginación" de acuerdo con los parámetros del CONEVAL.
- Y que las localidades fueran accesibles para el trabajo de campo (que hubiese camino y anuencia de las autoridades de la comunidad).

De acuerdo con estos parámetros, las comunidades donde se desarrolló el estudio fueron:

CUADRO 3. Municipios y Comunidades donde se realizó el estudio		
Cabecera Municipal	**Muy alta marginación**	**Alta marginación**
San Pedro Chenalhó	Libertad	Belisario Domínguez
San Juan Cancuc	Chiloljá	El Pozo
San Cristóbal de las Casas	Yashtinin	Molino los Arcos

De esta manera, la investigación se realizó en seis comunidades y tres cabeceras municipales, donde se aplicaron instrumentos cuantitativos y cualitativos que retomaron la matriz de indicadores descrita en el siguiente apartado.

Construcción de indicadores y dominios

La investigación partió de la identificación de los derechos englobados en los dominios de la CDN, luego se realizó una selección de aquellos relevantes para el análisis sobre la primera infancia y se definieron de acuerdo con los estándares de derechos humanos.
Para ello se recurrió a los señalamientos de otros instrumentos del DIDH, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y las observaciones del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, para definir sus elementos mínimos.

En la tabla 2 se indican los contenidos esenciales por cada derecho seleccionado, señalando el instrumento internacional de referencia, la identificación de los contenidos esenciales de cada derecho fue un paso fundamental para la construcción de indicadores (Ver cuadro 2).

Una vez elaborada y analizada la matriz anterior el EDH del estudio pasó por la identificación de aquellos derechos vinculados a los dominios de la CDN, para posteriormente determinar los contenidos esenciales de acuerdo al DIDH.

CUADRO 2. Contenidos esenciales de los Derechos reconocidos en el marco de la Convención de Derechos de los Niños.		
DOMINIO	DERECHOS VINCULADOS	CONTENIDO ESENCIAL CDN
Supervivencia	Derecho a la vida	**Art. 6.** Fracción 1:"Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida"
	Derecho a un nivel de vida adecuado: referente al derecho a la alimentación, a la vivienda y al vestido.	**Art 27.** Fracción 1: "Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social". **Art 11.** "Derecho a un nivel de vida adecuado. Comprende el acceso a alimentación, vestido y vivienda adecuados, así como a la mejora continua de las condiciones de existencia"
	Derecho a la ciudadanía	**Art 7.** Fracción 1: "El niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos".
Desarrollo	Derecho a la salud	**Art. 24.** Fracción 1 y 2: "Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios"*

* **Fracción 2:** "Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud, c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente, d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas a las madres, e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres, la educación y servicios en materia de planificación de la familia".

CUADRO 2. Contenidos esenciales de los Derechos reconocidos en el marco de la Convención de Derechos de los Niños.		
DOMINIO	DERECHOS VINCULADOS	CONTENIDO ESENCIAL CDN
	Derecho a la educación	**Art. 28.** Fracción 1. “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y a que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades”. **Art. 29**. Fracción 1. “Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a: a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades; b) Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas; c) Inculcar al niño el respeto de sus padres, de su propia identidad cultural, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya; d) Preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena; e) Inculcar al niño el respeto del medio ambiente natural.”

CUADRO 2. Contenidos esenciales de los Derechos reconocidos en el marco de la Convención de Derechos de los Niños.		
DOMINIO	DERECHOS VINCULADOS	CONTENIDO ESENCIAL CDN
Protección	Protección contra el abandono	**Art. 20.** Fracción 1 "Los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado"; fracción 2 "Los Estados Partes garantizarán, de conformidad con sus leyes nacionales, otros tipos de cuidado para esos niños". **Art. 22.** Fracción 1 "Los Estados Partes adoptarán medidas adecuadas para lograr que el niño que trate de obtener el estatuto de refugiado o que sea considerado refugiado de conformidad con el derecho y los procedimientos internacionales o internos aplicables reciba, tanto si está solo como si está acompañado de sus padres o de cualquier otra persona, la protección y la asistencia humanitaria adecuadas para el disfrute de los derechos pertinentes enunciados en la presente Convención y en otros instrumentos internacionales de derechos humanos o de carácter humanitario en que dichos Estados sean partes".
	Protección contra el maltrato	**Art 19.** Fracción 1 "Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo".
	Protección contra el uso ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas	**Art 33.** "Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias".

CUADRO 2. Contenidos esenciales de los Derechos reconocidos en el marco de la Convención de Derechos de los Niños.		
DOMINIO	DERECHOS VINCULADOS	CONTENIDO ESENCIAL CDN
Participación	Derecho a la libertad de expresión	**Art. 12.** Fracción 1: "Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño"
	Derecho a la asociación	**Art.15.** Fracción 1. "Los Estados Partes reconocen los derechos del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas".
	Derecho a la información	**Art. 13.** Fracción 1: " El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño".

En este punto se acoto y se seleccionaron los dominios siguientes:

Dominios seleccionados:

Finalmente, se elaboraron indicadores que permitieran observar el ejercicio de los derechos a partir de herramientas cuantitativas y cualitativas.

1. **Supervivencia:** Enfocado al derecho a un nivel de vida adecuado (alimentación, vivienda y vestido) y derecho a la ciudadanía.
2. **Desarrollo:** Enfocado al derecho a la salud y educación.
3. **Protección y participación**: Enfocándose en mecanismos de protección.

Instrumentos de estudio:

En la siguiente tabla se presenta un resumen general de las herramientas cualitativas y cuantitativas utilizadas y los participantes del estudio:

Tabla 3. Instrumentos utilizados	
INSTRUMENTO	NO. PARTICIPANTES
Cuestionarios	485
Grupos focales	57
Entrevistas a profundidad	4
Talleres con niñas y niños	63
Total	**609**

Instrumentos cuantitativos

Se diseñó un cuestionario de 120 ítems que recogió información sobre dos dominios:

1. ***Dominio Supervivencia:*** derecho a la alimentación, vivienda y vestido y derecho a la ciudadanía.
2. ***Dominio Desarrollo:*** derechos a la salud y educación.

A partir de la valoración de los recursos y capacidades del equipo de investigación para el levantamiento de información, se optó por ubicar un margen de error de la muestra en 15% para realizar el análisis entre la cabecera municipal y las comunidades de contraste.

Para la comparación entre cabeceras municipales se realizó una muestra con error de 10%.

Los cuestionarios fueron aplicados en hogares donde habitaran niñas y niños de hasta seis años de edad. En el levantamiento se cuidó que el porcentaje de niñas y niños fuera similar en todas las comunidades seleccionadas y, adicionalmente, se recabaron 10 cuestionarios extra como respaldo por comunidad y cabecera municipal.

En la tabla 4 se indica la cantidad y distribución de los cuestionarios aplicados (ver Tabla 4).

El cuestionario fue aplicado por el equipo de campo previamente capacitado y respondido por el adulto responsable de la niña o niño; la madre principalmente o el padre o abuela con previo consentimiento informado.

Referente a datos generales de la familia y comunidad se recabaron datos por núcleo familiar, sin embargo la información específica sobre condiciones de salud, educación, vestimenta y cuidados se centró por cada niña

Tabla 4. Cuestionarios aplicados		
MUNICIPIO	**LUGAR**	**NÚMERO DE ENCUESTAS**
San Pedro Chenalhó	Libertad	36
	Belisario Domínguez	36
	Cabecera Municipal	81
San Juan Cancuc	Chiloljá	39
	El Pozo	38
	Cabecera Municipal	89
San Cristóbal de Las Casas	Yashtinin	36
	Molino Los Arcos	34
	Cabecera Municipal	96
TOTAL		485

o niño del hogar. (Ver Anexo 1 Cuestionario)

Los instrumentos se aplicaron en lengua tzeltal para San Juan Cancún y tzotzil para los municipios de San Pedro Chenalhó y San Cristóbal de las Casas, en cuya cabecera municipal se aplicaron también algunos cuestionarios en español.

Instrumentos cualitativos

Se diseñaron diferentes instrumentos adaptados a los grupos de estudio para obtener información cualitativa en dos dominios:

1. ***Dominio Desarrollo:*** derecho a la salud y educación.
2. ***Dominio Protección:*** Se indagó sobre la protección contra el abandono, el maltrato y el uso ilícito de sustancias (alcohol) y la participación de niñas y niños.

En los siguientes cuatro incisos describimos los métodos utilizados para los diferentes grupos de estudio:

Grupos focales

Se generaron cuatro instrumentos diferenciados de acuerdo a las características de cada grupo descrito en el cuadro 5 y en total se realizaron once grupos focales con la siguiente distribución:

Tabla 5. Grupos focales		
GRUPO	**TOTAL DE GRUPOS FOCALES**	**TOTAL DE PARTICIPANTES**
Madres y padres de familia	3	21
Docentes	4	17
Agentes de salud	3	12
Organizaciones de la sociedad civil	1	7

Cabe destacar que en los grupos de discusión de organizaciones de la sociedad civil y agentes de salud se incluyeron actores involucrados en el trabajo directo en las localidades de los tres municipios o en trabajo de vinculación, esto para permitir y analizar las opiniones existentes en actores involucrados desde distintas posturas.

En el resto de los grupos participaron personas de un único municipio y en ellos se intentó que estuviesen representados todos los sectores. En el grupo de docentes se incluyeron maestros y directivos tanto de preescolar como de primero de primaria de escuelas públicas así como dos educadoras del centro de estimulación temprana "Arrumacos" que opera Melel Xojobal AC. En los grupos de agentes de salud se incluyó tanto personal institucional (médicos y enfermeras) como comunitario (parteras, auxiliares y promotores de salud) vinculados tanto a la Secretaría de Salud como al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) considerando que ambas instancias tienen la cobertura de prestación de servicios de salud en los tres municipios.

En el grupo focal de organizaciones los participantes desarrollan o trabajan en la zona de los Altos de Chiapas, contando con una amplia experiencia en aspectos relacionados con la nutrición, educación y salud materno infantil.

Entrevistas a profundidad

El objetivo de llevar a cabo entrevistas semiestructuradas fue ahondar y profundizar la información obtenida con el resto de técnicas, así como enriquecer la comprensión de las problemáticas expuestas. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a dos docentes y dos agentes de salud considerados como informantes clave.

Talleres con niñas y niños

Para la realización de los talleres con niñas y niños se utilizó la técnica *"mapa del cuerpo"* basada en indagar de manera lúdica la percepción que tienen las niñas y niños acerca de los problemas de salud que les afectan y la manera como ellos y su familia los resuelven.

Dicha técnica ya había sido probada y anteriormente utilizada tanto por educadoras de Melel Xojobal Ac como por otros investigadores (véase, Martínez y col., 2011).

Cada taller tenía una duración aproximada de 60 a 75 minutos y los facilitadores de los talleres lo hacían acorde a las necesidades de idioma (tzeltal o tzotzil).

Durante el desarrollo de los talleres se exploraron además de las rutinas diarias de las niñas y niños otros puntos importantes para conocer ahondar más en aspectos más específicos de su vida y que tenían relación con los dominios basados en EDH seleccionados para este estudio (p.e, qué comen, qué hacen cuando no están en la escuela, a qué juegan, en que actividades colaboran en casa o cuáles son las prácticas de disciplina de sus padres y madres).

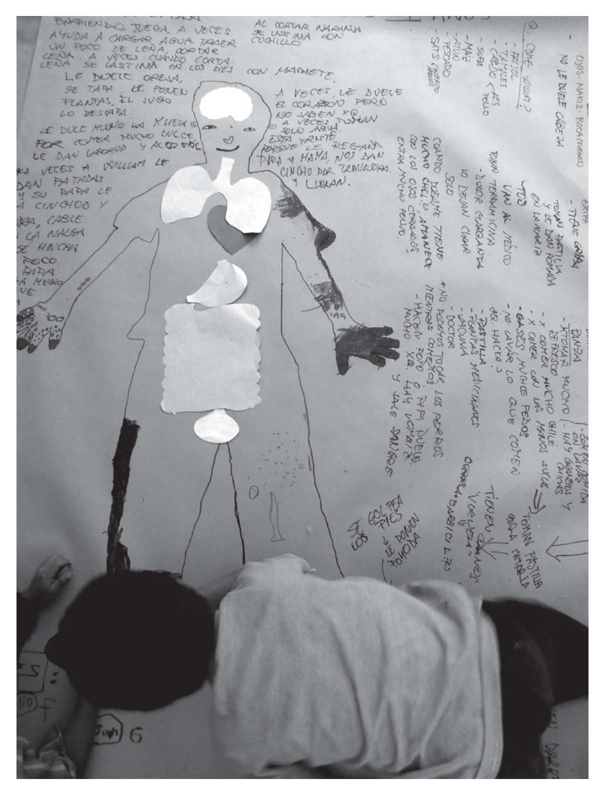
Los talleres se realizaron con niñas y niños que cursaban primero de primaria en edades entre 6 y 8 años en tres escuelas públicas situadas en cada una de las cabeceras municipales. En total se llevaron a cabo 8 talleres, en la tabla 6 se presenta la distribución de los participantes:

Tabla 6. Talleres niñas y niños			
MUNICIPIO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
San Juan Cancuc	9	6	15
San Pedro Chenalhó	10	7	17
San Cristóbal de Las Casas	15	16	31
Total	34	29	63

Diarios de campo y registro fotográfico

El equipo de investigación encargado de levantar toda la información en campo, llevaba un diario de campo, en el cual debían recoger las observaciones en terreno así como información sobre conversaciones

relacionadas con el estudio, mantenidas con personas de la comunidad. Adicionalmente también se levantó un registro fotográfico de la mayoría de las actividades.



Taller en Cancuc



Taller en Cancuc



Taller en Chenalhó



Taller en Chenalhó



Taller en Chenalhó



Taller en Chenalhó



Taller en Chenalhó



Taller en Chenalhó



Taller en San Cristóbal

IV. Resultados

Los resultados del estudio se presentan por cada uno de los dominios seleccionados: supervivencia, desarrollo y protección, utilizando de primera mano los hallazgos cuantitativos e ilustrándolos con los resultados de las diferentes técnicas cualitativas utilizadas con los grupos seleccionados, los resultados de los talleres realizados con niñas y niños se presentan de manera independiente al final de esta sección, para tener en primer lugar un panorama general desde la perspectiva de todos los actores involucrados en garantizar los derechos como son; la familia, el sector salud, la sociedad civil, el sector educativo y la manera como las niñas y niños viven y sobreviven ante la falta de cumplimiento de sus derechos indispensables en el contexto en el que crecen y se desarrollan.

1. DOMINIO SUPERVIVENCIA

1.1 Derecho a la alimentación

De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "el derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento a la alimentación o a medios para obtenerla, es decir que tengan acceso a alimentos en cantidad y calidad suficientes sin sustancias nocivas, y aceptables culturalmente." (Observación General 12 de la ONU, 2010).

Es importante mencionar que en el derecho a la alimentación debe integrarse la dimensión de adecuación considerando la cantidad de alimento y tipo de nutrimentos (carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales) necesario para mantener un estado saludable, así como la disponibilidad de ciertos alimentos según el clima y las adecuaciones de una dieta, según la cultura de las personas.

Para fines del presente estudio se tomaron en cuenta las dimensiones del derecho a la alimentación adecuada: adecuación, adaptabilidad, accesibilidad y disponibilidad. A partir de estas dimensiones es que se presentan los hallazgos.

1.1.1 Adecuación del derecho a la alimentación.

En relación al derecho a la alimentación, en su dimensión de adecuación, se consideraron las propiedades nutricionales como variables. Es decir los grupos de alimentos de acuerdo a lo que aportan al organismo para el óptimo crecimiento y desarrollo.

En cuanto a adecuación se priorizo en los indicadores vinculados con los principales grupos de nutrimentos del consumo familiar:

a) ***Alimentos que nos proveen de proteínas:*** carne y sus derivados, huevo, productos lácteos, leguminosas.

b) ***Alimentos que nos proveen de energía:*** granos y derivados, tortillas, maíz, arroz.

c) ***Alimentos que nos proveen de vitaminas y minerales:*** frutas, verduras.

De manera general la dieta de las familias en los tres municipios se basa en los derivados del maíz como el pozol[6] y las tortillas donde entre el 98 y 100% de las familias encuestadas las consumen de manera cotidiana, es decir todos los días. La base de la alimentación está basada en tortillas, frijoles y verduras, estas últimas generalmente son hierbas silvestres o verduras frescas consumidas regularmente y que aportan una cantidad importante de micro nutrimentos esenciales para el crecimiento como zinc, hierro, calcio, vitamina A, C, el estudio no permitió cuantificar cantidades consumidas por las niñas y niños. En porcentajes significativamente menores, se consumen productos lácteos, carnes y sus derivados.

En San Juan Cancuc, los alimentos de consumo diario se concentran en las verduras, frijoles y tortillas (tabla 7). El 62% indicó que alguna vez consumió carne sin especificar si fue una sola vez en un año, en un mes, solamente el 1% de las familias entrevistadas reporto que consume carne dos veces a la semana. El 40% consume huevos y pastas una vez a la semana. El 71% señalo que nunca consume ningún tipo de lácteos.

---

6 Pozol se elabora a base de la fermentación del maíz, obteniéndose una bebida refrescante y revitalizante por su alto contenido de energía y proteínas, esta bebida tiene un significado cultural muy fuerte al interior de las comunidades indígenas como un elixir que provee fuerza y seguridad para realizar el trabajo sobre todo en el campo.

Tabla 7. San Juan Cancuc			
Grupo de alimentos/ nutrimento	**Alimento**	**% consumo**	**Frecuencia de consumo**
Proteínas	Carne	1%	1 – 2 veces por semana
	Huevo	40%	1 vez por semana
	Frijoles	46%	Diariamente
Energía	Tortillas y derivados	98%	Diariamente
Vitaminas y minerales	Verduras	65%	Diariamente

En Chenalhó al igual que San Juan Cancuc aparece el consumo de tortillas, frijoles y verduras como base de la dieta. La variación de la alimentación empieza a notarse por un mayor porcentaje de familias que consumen carnes por lo menos una vez por semana e incluyen pasta para sopa. El consumo de huevo es muy similar (Tabla 8). El 45% señalo que nunca consume lácteos.

Tabla 8. Chenalhó			
Grupo de alimentos/ nutrimento	**Alimento**	**% consumo**	**Frecuencia de consumo**
Proteínas	Carne	32%	1 - veces por semana
	Huevo	37%	1 vez por semana
	Frijoles	94%	Diariamente
Energía	Tortillas y derivados	100%	Diariamente
	Pasta para sopa	32%	1 vez por semana
Vitaminas y minerales	Verduras	61%	Diariamente

En San Cristóbal de las Casas el consumo diario de frijoles se ubica en un porcentaje menor que San Juan Cancuc y Chenalhó, sólo la mitad de la muestra consume verduras diariamente, el consumo de tortillas mantiene un consumo similar a los otros dos municipios. En el contexto urbano como se observa la disponibilidad de alimentos es mayor, sobre todo el consumo de carne una vez a la semana aumenta en un 45% de las familias, esto se da principalmente en la cabecera municipal. El acceso y consumo de otro tipo de fuentes de proteínas como el huevo y lácteos aumenta hasta en una frecuencia de

tres veces por semana. Estos datos hacen referencia a la frecuencia de consumo aproximada en la familia, no se midió lo que el niño o niña consumen ya que se requieren otras técnicas más precisas para hacerlo, sin embargo podemos ver que la dieta tradicional (tortillas, frijoles y en menor cantidad verduras) se sigue consumiendo y es enriquecida con otras fuentes de proteínas, energía y más adelante se describen el acceso a otro tipo de productos considerados como no nutritivos.

Tabla 9. San Cristóbal de las Casas			
Grupo de alimentos/ nutrimento	**Alimento**	**% consumo**	**Frecuencia de consumo**
Proteínas	Carne	45%	1 vez por semana
	Huevo	36%	3 veces por semana
	Frijoles	60%	Diariamente
Energía	Tortillas y derivados	98%	Diariamente
	Pasta para sopa	39%	3 veces por semana
Vitaminas y minerales	Verduras	50%	Diariamente

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL) la canasta alimentaria[7] por persona considerada para un consumo aproximado por día de la mayoría de los mexicanos en el medio rural y urbano contiene obtenida a partir de las mediciones periódicas está basada en una clasificación de los 17 grupos de alimentos más consumidos por la población mexicana. (Ver tabla 10)

Si comparamos la Canasta Básica Alimentaria derivada de CONEVAL con los resultados obtenidos del estudio basados en la frecuencia de consumo semanal en las familias, observamos que la alimentación está compuesta por la dieta tradicional que en la mayoría de las regiones rurales indígenas del país aún se compone de maíz y derivados, frijol y verduras consumidos diariamente y es complementada por otros alimentos que proveen de proteínas y energía como huevo, carne, pasta para sopa

7 La canasta alimentaria rural y urbana que a partir del consumo de la población mexicana presentada por CONEVAL fue que se hizo la comparación de los 3 municipios: para San Juan Cancuc y Chenalhó se utilizó la Canasta Rural y para San Cristóbal de las Casas la Canasta Alimentaria Urbana.

Tabla 10. Canasta Alimentaria Rural según estimaciones de CONEVAL	
Grupo	Alimentos
Maíz	Maíz en grano, tortilla de maíz
Trigo	Pasta para sopa, galletas dulces, pan blanco
Arroz	Arroz en grano
Carne de res y ternera	Bistec: aguayón, cuete, paloma, pierna, cocido o retazo con hueso, carne molida,
Carne de pollo, pescado	Pierna, muslo y pechuga con hueso, pollo entero o en piezas, pescado entero
Leche	De vaca, pasteurizada, entera, light, leche bronca
Quesos	Fresco
Huevos	De gallina
Aceites	Aceite vegetal
Tubérculos crudos o frescos	Papa
Verduras y legumbres frescas	Cebolla, chile, jitomate,
Leguminosas	Frijol, lentejas, habas
Frutas frescas	Limón, manzana, perón, plátano tabasco,
Azúcares y mieles	Azúcar, miel
Alimentos preparados para consumir en casas	Pollo rostizado
Bebidas no alcohólicas	Agua embotellada, refrescos de cola y de sabores
Otros	Alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar, otros alimentos preparados.

Fuente: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx, consultada en septiembre 2014.

en menor frecuencia de 1 a 3 veces por semana y que el consumo depende de la disponibilidad y acceso que se tenga en cada municipio, se concluye lo siguiente:

Los hallazgos muestran que la menor accesibilidad a fuentes de proteínas la tiene el municipio de San Juan Cancuc y en menor medida Chenalhó, en contraste con el medio urbano donde el consumo de fuentes de proteínas es de mayor frecuencia y que existen alternativas de estos alimentos. Si comparamos la referencia de CONEVAL podemos observar que no existe una variedad de alimentos

suficientes para aportar lo que una niña o niño necesitan para su adecuado crecimiento y desarrollo, sobre todo de fuentes de proteínas y micro nutrimentos que se obtienen a partir de cualquier tipo de carnes, lácteos, frutas, la carencia de este tipo de alimentos conlleva a un deterioro del estado de nutrición de las niños y niños que tiene efectos irreversibles en esta etapa de la vida, sobre todo durante los dos primeros años de vida.

Aunque el estudio como ya se mencionó no midió cantidades específicas de consumo en los niños, estos resultados nos muestran una panorama general de como el ejercicio al derecho a la alimentación en las niñas y niños se vulnera, vale la pena profundizar de manera puntual en las prácticas de alimentación infantil los primeros años de vida, incluyendo indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria ya que es en esta etapa donde se adquieren hábitos de alimentación que son fundamentales en el desarrollo de habilidades para el resto de la vida, por supuesto enfocándose en determinantes sociales que conllevan al incumplimiento de este derecho fundamental.

1.1.2 Prácticas de alimentación no saludables

La alimentación monótona basada en tres opciones de alimentos complementada con alguna fuente de proteína o energía cuando se tiene acceso, suele ser compensada por productos densamente energéticos que suelen crear una sensación de saciedad en el organismo y que en las comunidades rurales el costo es muy bajo y la disponibilidad es alta, estos productos como son los refrescos y productos industrializados se han convertido y adoptado dentro de las prácticas culturales como sustituto de la alimentación diaria, el consumo de refrescos suele ser tan alto que los niños desde muy pequeños lo consumen, incluso en biberones.

Se pueden observar en las comunidades que las rejas de refrescos se han convertido en parte de la vida cotidiana y no sólo tienen un uso alimenticio, su uso ritual es importante para ofrendas, rezos, agradecimientos, pagos, la petición de favores y, en algunos lugares, constituye parte de lo que se entrega a las autoridades comunitarias tradicionales como parte del proceso de resolución de conflictos.

Un ejemplo es que actores externos al contexto rural

que son prestadores de servicios como son el personal de salud suelen referirse a esta problemática:

"Uno de los cambios que se ha producido en las comunidades donde trabajamos es que nadie ya toma pozol, todo el mundo toma refrescos, en niños se los dan en el biberón, hasta los adultos más viejos" *Médico de Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos.*

"Los niños toman todo el tiempo Coca-Cola, totis, sopa nissin, tutsi, chicharrines, paletas de helado, claro luego el niño no tiene hambre" *Médico de Cruz Roja.*

"En las comunidades donde yo trabajo, la Coca-Cola cuesta menos que el agua" *Médica de la unidad móvil. Tzametal, San Juan Cancuc.*

El acceso que tienen las familias en las comunidades a las verduras, frutas, cualquier tipo de carne o los lácteos es difícil y costoso, simplemente no están disponibles en las tiendas, es común que las verduras que refieren consumir diariamente se obtengan del huerto de traspatio o son hierbas silvestres comestibles que si bien su consumo es diario, las cantidades suelen ser pequeñas, aunque el estudio no indagó en este punto, sin embargo la disponibilidad de productos industrializados con alto valor calórico y bajo o nulo aporte nutricional es fácil y barato en los pequeños establecimientos comerciales que existen y lo más vistoso que se puede observar.

"Los alimentos que consumen no son de la región, vienen procesados, son baratos y están súper accesibles, puede que en algún lugar no haya Centro de Salud, pero siempre va a haber su refrigerador con sus Coca-Colas bien frías" *Médico en San Juan Cancuc.*

Durante el desarrollo de los talleres con las niñas y niños expresaron el consumo cotidiano de este tipo de

productos, sobre todo de refrescos, en la mayoría de las familias el refresco sustituye el aporte de agua que el cuerpo necesita y las consecuencias en la salud suelen verse reflejadas en la edad adulta con la alta incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo II, la hipertensión, la obesidad, consecuencias que no son abordadas por los servicios de salud desde un enfoque preventivo ni mucho menos desde la infancia donde se adquieren hábitos de alimentación. Las consecuencias de esto impactan en el ejercicio del derecho a la salud pues los porcentajes de obesidad y diabetes en las comunidades se han incrementado en las últimas dos décadas.

La presencia de las compañías de refrescos es de tal dimensión que, como referencia, es posible encontrar en un solo trayecto de una hora de la cabecera municipal de San Cristóbal de las Casas a la cabecera municipal de San Juan Cancuc hasta seis camiones de diferentes empresas y letreros espectaculares en lengua tzeltal o tzotzil promoviendo su consumo.

En este punto, lejos de argumentar la responsabilidad individual de las personas por el consumo de este tipo de comida, es evidente la violación del derecho a la alimentación adecuada en tanto el Estado no implementa mecanismos que protejan a las personas de las políticas de empresas que saturan el mercado de refrescos a costos más bajos que en cualquier otra parte del país, y no garantizar la disponibilidad y el acceso a alimentos adecuados.

1.1.3 Accesibilidad al derecho a la alimentación: ingreso y gasto en alimentos

En la dimensión de accesibilidad a los alimentos, se tomaron en cuenta distintos indicadores. Se indagó en los ingresos económicos de las familias y el gasto en alimentos[8].

Ingreso familiar

La principal fuente de ingreso familiar suele ser la venta de su fuerza de trabajo y los apoyos de programas sociales de gobierno, que generalmente son transferencias económicas.

8 La canasta alimentaria rural y urbana que a partir del consumo de la población mexicana presentada por CONEVAL fue que se hizo la comparación de los 3 municipios: para San Juan Cancuc y Chenalhó se utilizó la Canasta Rural y para San Cristóbal de las Casas la Canasta Alimentaria Urbana.

Tabla 11. Fuentes de ingreso familiar				
Municipio	Fuentes de ingreso familiar			
	Venta de fuerza trabajo %	Venta de Productos %	Venta de Café %	Recibe apoyos o ayuda del gobierno %
San Juan Cancuc	70	25	51	81
Chenalhó	86	25	2	76
San Cristóbal	95	3	---	61
Total	**83**	**18**	**18**	**73**

Los ingresos mensuales que las familias logran obtener por las distintas actividades económicas tienen diferencias importantes dependiendo del municipio. Así, tanto en San Juan Cancuc como en Chenalhó el rango con mayor porcentaje se ubica por debajo de $500 pesos mensuales, mientras que en San Cristóbal se ubica entre $1,501 y $2,000 pesos mensuales. Incluso en éste último, identificamos un 9% que tiene ingresos de entre $3,001 y $4,000 pesos en tanto que, sólo el 1% de las familias en Cancuc y Chenalhó acceden al mismo rango. Las desigualdades entre los tres municipios es tal que, mientras en San Cristóbal 9 de cada 100 familias tienen un ingreso mensual por las distintas actividades económicas que realizan de entre $3,001 a $4,000, sólo 1 de cada 100 familias en los municipios de Cancuc y Chenalhó podría acceder a tal ingreso mensual. (Ver gráfico 1)

Las cifras de ingresos mensuales cambian drásticamente si sumamos el ingreso mensual familiar con los apoyos de Programas Sociales de gobierno. Las familias en San Juan Cancuc y Chenalhó aumentan en 500 pesos mensuales en promedio sus ingresos si suman los apoyos gubernamentales. Es decir, el rango con mayor porcentaje para ambos municipios es hasta mil pesos mensuales. En tanto que, para San Cristóbal, el mayor porcentaje se mantiene en hasta $2,000; sin embargo, la diferencia sustancial se presenta en el rango de hasta $3,000 que aumenta 8% si consideramos los programas de gobierno que realizan transferencias monetarias o materiales a las familias. (Ver gráfico 2)

Grafico 1. Ingreso mensual familiar sin apoyos de programas sociales

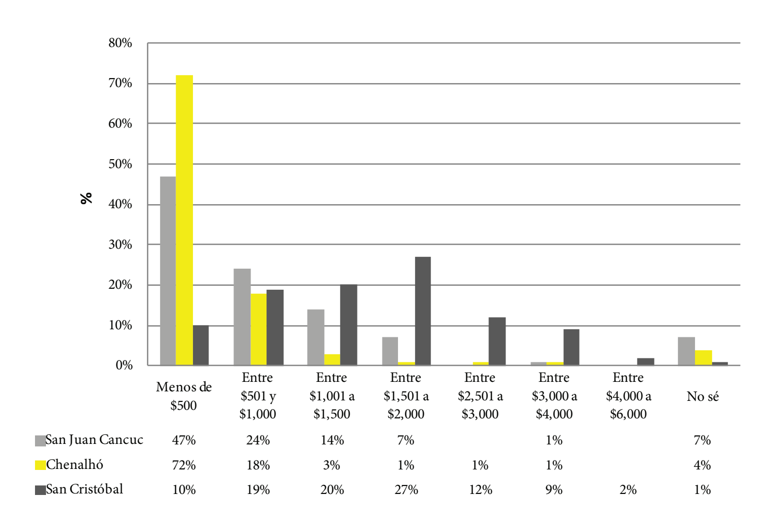
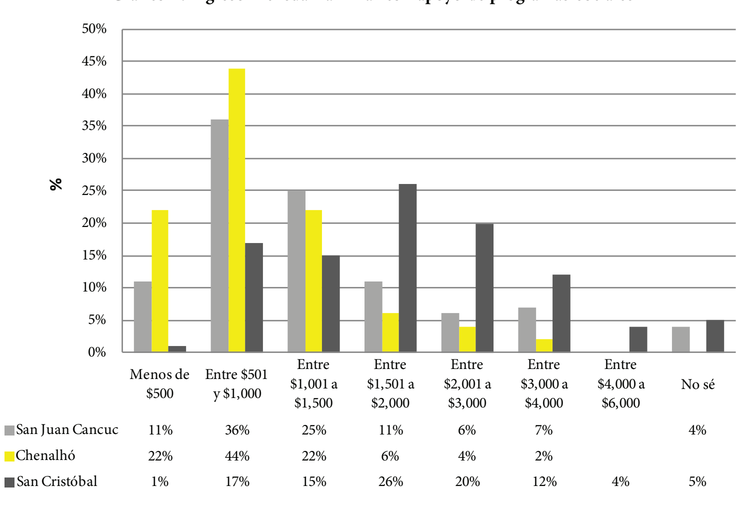


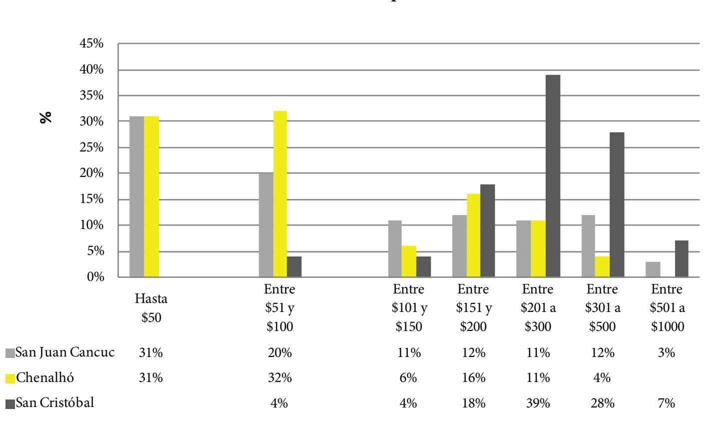
Gráfico 2. Ingreso mensual familiar con apoyo de programas sociales



Gasto en alimentos

Al igual que el ingreso mensual, las diferencias entre el gasto semanal en la compra de alimentos muestran una brecha sustancial entre San Juan Cancuc y Chenalhó en contraste con San Cristóbal. Mientras en San Juan Cancuc el mayor gasto se ubica en hasta $50 pesos semanales, en Chenalhó el rango de hasta $100 tiene el mayor porcentaje y en San Cristóbal se ubica en hasta $300 pesos semanales. (Ver gráfico 3)

Gráfico 3. Gasto semanal en la compra de alimentos



	Hasta $50	Entre $51 y $100	Entre $101 y $150	Entre $151 y $200	Entre $201 a $300	Entre $301 a $500	Entre $501 a $1000
San Juan Cancuc	31%	20%	11%	12%	11%	12%	3%
Chenalhó	31%	32%	6%	16%	11%	4%	
San Cristóbal		4%	4%	18%	39%	28%	7%

En cuanto a programas sociales cuyas estrategias son la entrega de alimentos de consumo básico en forma de despensas, más del 50% de las familias en San Juan Cancuc (67%) y Chenalhó (59%) refirieron recibirlas indicaron recibir despensas, frente a un 26% en San Cristóbal de las Casas En el tema de desayunos escolares, sólo 3 de cada 10 niñas y niños en San Juan Cancuc y 4 de cada 10 en Chenalhó los reciben, en contraste importante con San Cristóbal donde 7 de cada 10 niñas y niños tienen acceso a desayunos en sus centros escolares.

Los datos en relación al ingreso y gasto semanal familiar en alimentos resultan alarmantes si consideramos que, según datos del CONEVAL, para septiembre del 2014 el valor de la canasta alimentaria rural por persona fue de $881.39 y de la canasta alimentaria urbana por persona de $1,257.07. De acuerdo con la información obtenida

del presente estudio, el 63% de las familias de los tres municipios cuentan con menos de mil pesos de ingresos mensuales. De este porcentaje, el 43% percibe menos de 500 pesos al mes, porcentaje que se eleva a 72% en Chenalhó donde 7 de cada 10 familias tienen ingresos por debajo de esta cantidad.

A partir de los resultados obtenidos y su contraste con las cifras del CONEVAL, la totalidad de las familias encuestadas en Chenalhó, San Juan Cancuc y San Cristóbal de las Casas no pueden costear los productos integrados en la canasta alimentaria rural y urbana (en el caso de la cabecera de San Cristóbal) con lo que se vulnera en una dimensión extrema su ejercicio al derecho a la alimentación adecuada, aunque debe tomarse en cuenta que en los municipios de San Juan Cancuc y Chenalhó muchas familias producen algunos de los alimentos que componen la dieta básica, además de que en estos dos municipios más del 50% de las familias reciben despensas alimentarias, estos alimentos no entran en la cuantificación del gasto en alimentos, por ello es notorio ver la elevación del gasto en alimentos en el contexto urbano.

1.1.4 Disponibilidad del derecho a la alimentación

En estas condiciones las principales problemáticas para adquirir alimentos son la falta de un ingreso fijo suficiente y que las familias traducen como "los productos están muy caros", además de la falta de disponibilidad en las comunidades como se mencionó anteriormente. (Ver tabla 12)

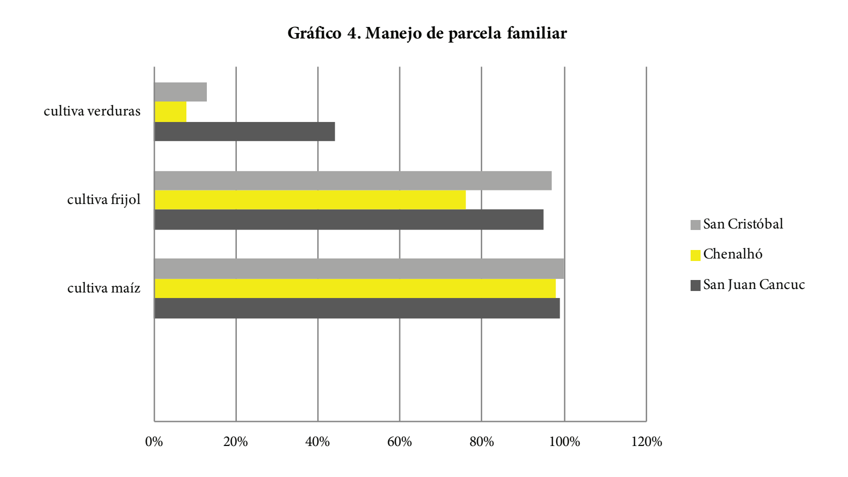
Tabla 12. Problemas para adquirir alimentos

Municipio	Precios elevados %	Ausencia de ingresos fijos suficientes %
San Juan Cancuc	90	77
Chenalhó	91	87
San Cristóbal	85	77
Total	**89**	**80**

Sin duda, ante las condiciones de pobreza extrema, contar con tierra para sembrar y manejar un huerto de traspatio en los municipios de San Juan Cancuc y Chenalhó, y en Yashtinin perteneciente al municipio de San Cristóbal, continua siendo la base de la alimentación y la posibilidad principal de las familias para tener disponibilidad de alimentos en su alimentación diaria.

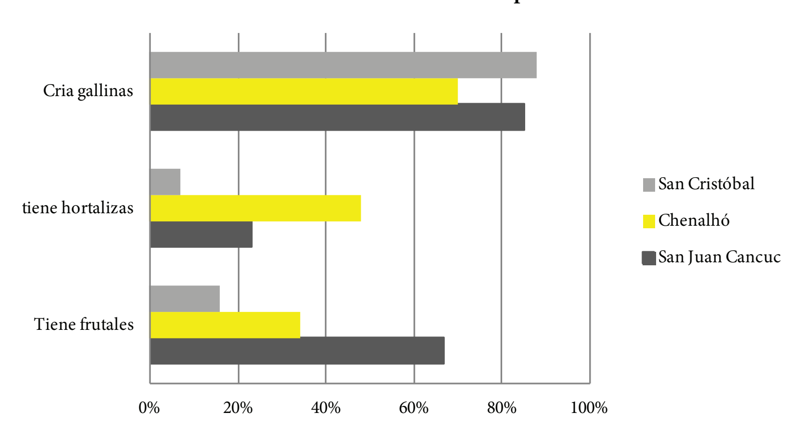
En San Juan Cancuc y Chenalhó 80 de cada 100 familias continúan trabajando la tierra. En contraste, en la cabecera municipal de San Cristóbal sólo el 30 de cada 100 familias lo hacen. En total relación con la dieta, el maíz, frijol y las verduras son los productos con mayor presencia en las parcelas cuya producción se destina en un 90% al consumo familiar. Esto puede explicar el punto anterior relacionado con el bajo gasto en alimentos en los dos primeros municipios. (Gráfico 4)

Gráfico 4. Manejo de parcela familiar



En Cancuc 7 de cada 10 familias indicaron manejar su traspatio, en tanto que en Chenalhó 5 de cada 10 familias lo hacen y en San Cristóbal apenas 4 de cada 10. En el traspatio se producen frutales, hortalizas y se crían gallinas. Como con los productos de las parcelas, el 90% de la producción es para el consumo familiar. (Ver gráfico 5)

Gráfico 5. Producción de traspatio



Por otro lado, sólo el 10% de las familias encuestadas crían animales de potrero. De este porcentaje, el 6% son en Chenalhó, siendo el borrego el principal animal que se cría y destina al aprovechamiento de su lana.

"La tierra no da la carne, es un producto de lujo" *Madre de familia, Chenalhó*

"En mi comunidad como mucho, hay chayote y calabaza cuando es temporada, y ciruela y manzana, de ahí nada" *Madre de familia, Chenalhó*

La relación entre bajos ingresos, la poca disponibilidad de alimentos frescos y saludables como frutas y verduras, y la prevalencia de alimentos y bebidas industrializadas con alto contenido calórico, deja ver un panorama de alto riesgo para la desnutrición no solamente de la primera infancia sino de todas y todos los miembros de la comunidad. En ese sentido, el hecho de que las familias continúen sembrando sus parcelas y manejando sus traspatios implica una estrategia absolutamente importante para asegurar el acceso a alimentos adecuados.

La inocuidad de los alimentos es una dimensión de la disponibilidad de los mismos. Si bien, hace referencia a la presencia de sustancias tóxicas químicas u orgánicas, también es la garantía de que no causarán daño a quien

los consume. Dado que la prevalencia de las infecciones gastrointestinales en la primera infancia es un tema delicado y con amplia presencia en los municipios analizados, como se especifica en el dominio de salud, resultaba relevante al diagnóstico identificar la manera cómo se preparan los alimentos que consumen niñas y niños.

En este sentido, identificamos que mientras el 80% lava con agua frutas y verduras, solamente el 14% lo hace con agua y con jabón, mientras que el 6% las desinfecta. El 33% hierve los alimentos perecederos para conservarlos, mientras que el 29% los ahúma; sin embargo el 40% no emplea ninguna técnica para conservarlos.

Tabla 13. Medidas higiénicas

Municipio	Baño		Oportunidades		Lavado de dientes %	Oportunidades %
	Diario %	3° Día %	Diario %	3° Día %		
San Juan Cancuc	67	32	65	33	48	53
Chenalhó	36	64	44	54	35	54
San Cristóbal	25	69	37	59	47	63
Total (promedio)	**43**	**55**	**49**	**49%**	**43**	**57**

Los resultados obtenidos nos permiten observar que las prácticas de preparación y conservación de alimentos no son las adecuadas en ninguno de los tres municipios, por tanto los alimentos que consumen la mayoría de niñas y niños de la muestra no garantizan su inocuidad. Por comunidades sólo la cabecera de San Cristóbal presenta una mayor higiene en la preparación ya que el 25.6% refiere que desinfecta las verduras y el 20.9% que utiliza jabón para lavarlas.

1.2 Derecho a una vivienda adecuada

De acuerdo con la Observación General no. 4 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) el derecho a la vivienda está alejado de una interpretación estricta que lo equipara con el mero hecho de tener un techo y debe considerarse, más bien, como el derecho a vivir con seguridad, paz y dignidad.

El derecho a la vivienda adecuada incluye las dimensiones de seguridad jurídica de la tenencia; disponibilidad de servicios, materiales, facilidades e infraestructura; gastos soportables que no impidan ni logren la satisfacción de otras necesidades básicas; debe ser habitable, en sentido de poder ofrecer espacio y protección adecuada a sus ocupantes ante los distintos climas, riesgos estructurales y amenazas para la salud; debe ser accesible económicamente y concederse a los grupos en situación de desventaja un acceso pleno y sostenible a los recursos adecuados para conseguir vivienda; debe encontrarse en un lugar que permita el acceso a opciones de empleo, los servicios de atención de la salud, centros de atención para niños, escuelas y otros servicios sociales. Finalmente, y de la mayor relevancia, la vivienda debe ser adecuada culturalmente: la manera en que se construye la vivienda, los materiales de construcción utilizados y las políticas en que se apoyan deben permitir adecuadamente la expresión de la identidad cultural y la diversidad (CESCR, 1991).

El Comité ha especificado la relación de interdependencia entre el derecho a la vivienda adecuada y la salud asegurando que una vivienda y unas condiciones de vida inadecuadas y deficientes se asocian invariablemente a tasas de mortalidad y morbilidad más elevadas. De entre las dimensiones señaladas por el Comité, en el diagnóstico nos concentramos en la disponibilidad de servicios, materiales, facilidades e infraestructura específicamente en los indicadores materiales de construcción, espacios de la vivienda, sanitarios/ drenaje y servicio de energía eléctrica.

En este apartado, y como un derecho que se convierte en un servicio indispensable, colocamos el acceso al agua segura que se asocia al derecho al más alto nivel posible de salud, al derecho a una vivienda y una alimentación adecuadas.

1.2.1. Materiales de construcción

En los tres municipios los materiales de construcción de las viviendas no presentaron diferencias significativas. En general, 6 de cada 10 viviendas tienen pisos de cemento y las 4 restantes de tierra, los muros son de madera en 7 de cada 10 y 8 de cada 10 tiene techos de lámina

de metal. Sin embargo, el análisis por comunidades muestra diferencias relevantes en el material del piso. A pesar de los programas gubernamentales que durante décadas han implementado campañas de "piso firme" las cifras de viviendas con piso de tierra continúan siendo particularmente altas en las comunidades: en la Libertad (82%), Yashtinin (72%), El Pozo (58%) y Chiloljá (51%). Nuestras cifras contrastan con las del CONEVAL quien registra que en Chiloljá el 40% de las viviendas tienen piso de tierra y sólo el 36% lo presentan en la Libertad y el Pozo.

Tabla 14. Condiciones de la vivienda

Mpio.	Material del piso		Material de los muros				Material del techo		
	Tierra %	Cemento o firme %	Adobe/ Tierra %	Concreto o colado %	Madera %	Lámina metal %	Lámina metal %	Paja o Lám. Cartón %	Concreto o colado %
San Juan Cancuc	48	60	14	13	69	17	83	14	8
Chenalhó	48	60	12	7	74	2	84	14	2
San Cristóbal	39	65	3	20	74	---	78	7	15
Total	**45**	**62**	**10**	**13**	**72**	**6**	**82**	**12**	**8**

De acuerdo con la muestra, en San Cristóbal de las Casas el 16% de las viviendas habitadas tienen piso de tierra (contra el 10% indicado por CONEVAL). En general, la cabecera municipal de San Cristóbal presenta materiales de construcción más resistentes: el 65% de las viviendas tienen muros de concreto o ladrillo y el 40% cuentan con techo de concreto o teja.

1.2.2. Espacios de la vivienda y hacinamiento

En relación al total, casi el 60% de las viviendas cuentan con 2 cuartos incluyendo la cocina. Sin embargo, es de destacar que en Chenalhó y San Cristóbal alrededor de una tercera parte de las viviendas cuentan con un solo cuarto. En cuanto a disponer de algún cuarto para cocinar, encontramos diferencias importantes a nivel municipal, mientras que en Cancuc sólo el 3% de las familias informaron no disponer de él, en San Cristóbal y Chenalhó la cifra aumentó, al 27% y 23% respectivamente.

Por comunidades, más de la mitad de encuestadas en la Libertad y Molino los Arcos indicaron no disponer de cuarto específico para cocinar.

Para identificar si el número de espacios de la vivienda son suficientes contrastamos nuestra información con el número de personas que habitan la vivienda siguiendo la metodología del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)[9], que operacionaliza el hacinamiento como el cociente entre el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma. El CELADE considera que el hacimiento existe cuando el número de ocupantes por dormitorio es de 2.5 o más y se convierte en crítico si el número de ocupantes es igual o mayor a 5 por dormitorio. A continuación presentamos la tabla con los resultados obtenidos con este parámetro para los tres municipios:

Tabla 15. Hacinamiento

Municipio	Hacinamiento		Hacinamiento crítico		N° Máximo habitantes por dormitorio
	N° Viviendas	%	N° Viviendas	%	
San Juan Cancuc	107	91	61	52	13
Chenalhó	107	96	72	65	12
San Cristóbal	101	90	50	44	9
Total	**225**	**92**	**183**	**54**	**---**

Los resultados muestran que más del 90% de las viviendas presentan hacinamiento y en más de la mitad el hacinamiento es crítico. Chenalhó es el municipio que presenta mayores índices con 96% del cual el 65% alcanza niveles críticos.

De acuerdo a estos hallazgos podemos afirmar que la calidad y los espacios de la vivienda en los tres municipios no son los adecuados. En gran porcentaje los pisos, muros y techos de las viviendas están construidos con materiales de construcción endebles y, al menos, el 50% de las familias viven en condiciones de hacinamiento crítico. El trabajo de campo constató que, a pesar de los programas de gobierno para colocar "piso firme", las viviendas se

9 Disponible en http://repositorio.cepal.org/handle/11362/9781. Fecha de consulta: 26 de mayo de 2014.

encuentran en malas condiciones, aisladas, carentes de iluminación y ventilación; contexto que vinculado a la presencia permanente de humo de leña en las cocinas, coloca a sus habitantes en una situación de vulnerabilidad extrema que afecta su salud. Como se ha documentado en múltiples ocasiones, las condiciones de la vivienda influyen en la prevalencia de infecciones respiratorias y gastrointestinales en las niñas y los niños; esta situación se abordara más adelante en el apartado de salud.

1.2.3. Acceso a los servicios básicos: agua, disposición de excretas, drenaje

Agua

A nivel general, la mitad de las viviendas no cuentan con agua entubada en su hogar. El análisis por municipios indicó que en San Juan Cancuc la presencia del servicio se encuentra en 6 de cada 10 viviendas, en Chenalhó en apenas 3 de cada 10, y en San Cristóbal encontramos abismales diferencias entre la cabecera y las comunidades; mientras que en la primera el 81% de las viviendas cuenta con agua entubada, en Yashtinin ninguna vivienda cuenta con este servicio.

Ante la carencia de agua entubada, las familias se abastecen en nacimientos de agua o manantiales, tanques comunales o pozos. La variedad de posibilidades permite que, al menos, la mitad de las viviendas cuenten con suministro de manera permanente aunque insuficiente para solventar las necesidades más básicas de las familias. En Chenalhó 7 de cada 10 viviendas tienen acceso permanente al agua, frente a 3 de cada 10 en San Cristóbal. Por supuesto, la frecuencia en el acceso al agua se vincula directamente con la percepción de suficiencia: en San Cristóbal 67% consideró que el suministró no es suficiente, frente al 40% que se refiere en Chenalhó.

En contraste, en 2 de cada 10 viviendas se tiene acceso al agua una vez por semana o menos. Situación que se eleva a casi 3 de cada 10 viviendas en San Juan Cancuc.

Tabla 15A. Fuentes, acceso y purificación del agua

Municipio	¿De dónde proviene el agua de su vivienda?				¿Cuántos días llega el agua?				¿Cómo purifica el agua?			
	Nac. de agua o manantial %	Tanque comu-nal/ Pozo %	Agua Entubada %	Agua de lluvia %	Diario %	Cada 3° día %	2 veces Semana %	1 vez semana o menos %	Hervir %	Cloro %	Compra agua %	Ninguna %
San Juan Cancuc	11	21	64	3	48	19	14	28	94	15	----	2
Chenalhó	28	43	32	1	74	9	1	15	95	2	3	3
San Cristóbal	17	27	56	5	31	25	11	11	72	9	20	3
Total	**19**	**30**	**51**	**3**	**51**	**18**	**9**	**18**	**87**	**9**	**8**	**3**

El 87% de las personas encuestadas señaló que hierve el agua previamente antes de consumirla. En San Juan Cancuc, 15% refirió que usa cloro para purificarla. La compra de agua purificada es una práctica relevante solo para el municipio de San Cristóbal; en la cabecera municipal, en el 50% de las viviendas se compra agua embotellada para consumo.

Disposición de excretas / drenaje

El 55% de las familias en los tres municipios indicaron que el tipo de sanitario que usan en su vivienda es la letrina tradicional, apenas el 27% cuenta con sanitario conectado a drenaje y sólo un 13% cuenta con letrina seca, principalmente en Cancuc y San Cristóbal. En contraste, el 6% informó no contar con letrina o baño, y en localidades como Chiloljá recurrir a la intemperie asciende al 18%, mientras que en la cabecera de Chenalhó esta práctica es recurrente en el 13% de las familias encuestadas.

La mitad de las viviendas indicaron no contar con drenaje. En Chenalhó y San Juan Cancuc el porcentaje de viviendas que no cuentan con él asciende a 6 de cada 10. Por comunidades, las diferencias se vuelven más notables en San Cristóbal: en la cabecera el 7% indicó no contar con el servicio, frente al 80% en la Libertad y el 76% en el Pozo.

Tabla 16. Disposición de excretas y tipo de drenaje

Mpio .	¿Qué tipo de baño/ sanitario tienen en su vivienda?				Tipo de drenaje			
	Intem-perie %	Letrina tradi-cional %	Letrina seca %	Baño con drenaje %	No tiene %	Red Pública %	Fosa Séptica %	Tubería barranca o grieta
Chenalhó	7	61	6	24	57	25	17	.9
San Juan Cancuc	8	59	12	24	61	10	16	12
San Cristóbal	3	44	20	34	35	32	32	----
Total	**6**	**55**	**13**	**27**	**51**	**22**	**22**	**4**

Estos dos servicios básicos como son la disposición de excretas y drenaje suelen tener un manejo inadecuado, en la encuesta, un 6% reconoció no tener letrina o baño y la mitad de las niñas y los niños no posee drenaje en su vivienda.

“Letrinas no hay, hacen un hoyo y ya cuando ven que se llena lo tapan, y llueve y como la comunidad es empinada, a los de arriba no les toca mucho pero a los demás…es una realidad” *Médico en San Juan Cancuc.*

“La defecación al aire libre es sorprendente a pesar de estar la primaria ahí” *Maestra de primaria*

La ausencia de estos servicios se da también a nivel comunitario en los espacios públicos como las escuelas, plazas públicas, mercados. Como se mencionará más adelante, muchas de las escuelas carecen de servicios sanitarios y todas las niñas y niños se ven abocados a hacer sus necesidades al aire libre frente al salón de clase.

1.2.4 Servicio de energía eléctrica y combustibles.

El 94% de las viviendas cuentan con servicio eléctrico; sin embargo, si bien el CONEVAL reporta que en la Libertad el 14% de las viviendas carecen de electricidad, en nuestro diagnóstico la cifra aumenta al 24%.

La leña es el principal combustible utilizado en la cocina. A diferencia de los municipios de Chenalhó y Cancuc, en San Cristóbal 4 de cada 10 familias utilizan gas siendo principalmente la cabecera municipal.

Tabla 17. Energía, combustibles y tipo de estufa

Municipio	Cuenta con electricidad %	Combustible cocina			Tipo de estufa %			
		Leña %	Carbón %	Gas %	Fogón abierto	Fogón Ecológico	Estufa de gas	Anafre
Chenalhó	90	92	3	5	90	3	5	2
San Juan Cancuc	96	99	----	1	94	5	1	----
San Cristóbal	97	51	10	40	53	2	40	5
Total	**94**	**81**	**4**	**15**	**79**	**3**	**15**	**2**

1.2.5 El derecho a la vivienda: disponibilidad, accesibilidad y calidad.

En cuanto a disponibilidad de vivienda los datos refieren condiciones generalizadas de hacinamiento crítico.

La accesibilidad al servicio de energía eléctrica es una dimensión prácticamente cubierta, sin embargo, es preocupante la dificultad para el acceder al agua en las comunidades ya existe un desabasto o el abasto es insuficiente. La calidad de los materiales, particularmente en los pisos, continúa siendo un reto a pesar de los innumerables programas gubernamentales y recursos públicos ejercidos. Si bien, la variable piso de tierra puede no ser definitoria para la prevención de enfermedades en la primera infancia, sumado al conjunto de determinantes sociales que afectan la salud, el crecimiento y el desarrollo de las niñas y niños y que representan un factor de riesgo como la falta de letrinas, la deposición al aire libre o la falta de agua, el "piso firme" representa un factor básico de protección, sin embargo las niñas y niños nacen, crecen y se desarrollan y sobreviven dentro de todas estas limitaciones.

1.3 Derecho a la vestimenta: accesibilidad y adecuación.

En cuanto a la vestimenta, en los tres municipios la mayoría de las madres encuestadas informaron que sus hijos e hijas disponen de ropa para cambiarse diariamente. Sin embargo, en Yashtinin y La Libertad, informaron que sus hijas e hijos disponen de ropa para cambiarse sólo cada tercer día, lo que representa el 61% y el 56% respectivamente, siendo estas comunidades las únicas en las que hay niñas y niños que sólo disponen de ropa para cambiarse una vez a la semana, con un 3%.

Tabla 17A. Ropa y calzado

Mpio	¿Con qué frecuencia le Cambia de ropa?			¿No tiene ropa adecuada para la época de frío? %	Cuenta con zapatos o huaraches %	Se los pone Constantemente %
	Diario %	Cada 3 días %	1 vez a la semana %			
San Juan Cancuc	72	28	---	14	70	51
Chenalhó	64	25	1	4	81	81
San Cristóbal	66	33	1	5	83	86
Total	**67**	**29**	**1**	**8**	**78**	**73**

Esto es consistente con lo afirmado en algunos grupos focales en los que se menciona lo siguiente:

"Algunos niños no tienen casi ni ropa e incluso ni cobija para dormir" *Maestro de primaria, Chenalhó*

"Llegan a la escuela con ropas rotas y sucias" *Maestra de primaria, San Cristóbal de las Casas*

Las madres también informaron que la mayoría de sus hijas e hijos disponen de suéter o ropa adecuada para la época de frío. Aunque San Juan Cancuc es el municipio donde más niñas y niños no disponen de ella con un 14%, siendo Chiloljá la comunidad donde esto ocurre en mayor medida, ya que 2 de cada 10 niños no disponen de chamarra o ropa adecuada para el frío. A pesar de los datos obtenidos en el cuestionario, a través de la información recabada en los grupos focales y lo observado el trabajo de campo, se constató que muchos niños y niñas llevaban vestimenta poco adecuada para el frío.

En cuanto al calzado, a pesar de que la mayoría de las madres afirman que sus hijos disponen de él, no todos lo usan. En San Juan Cancuc, por ejemplo, sólo la mitad de los niños y niñas lo utilizan, tal como lo reportaron los agentes en los grupos focales y por el mismo personal de campo que recabó la información.

"Siempre los niños andan descalzos"

"Los niños llegan a la escuela sin huaraches, descalzos"

"Aunque venga muriendo de gripa o diarrea el niño viene descalzo"

1.4. Derecho a la ciudadanía

La mayoría de la muestra de niñas y niños, un 85%, cuenta con acta de nacimiento, frente a un 15% que no cuenta con ella. A nivel de comunidades Yashtinin (22%)

y Molino los Arcos (21%) se encuentran por encima del porcentaje promedio; sin embargo, la Libertad duplica el porcentaje niños y niñas que NO cuentan con acta de nacimiento (35%). A nivel de cabeceras municipales, en San Juan Cancuc el 20% no cuenta con el documento de identidad.

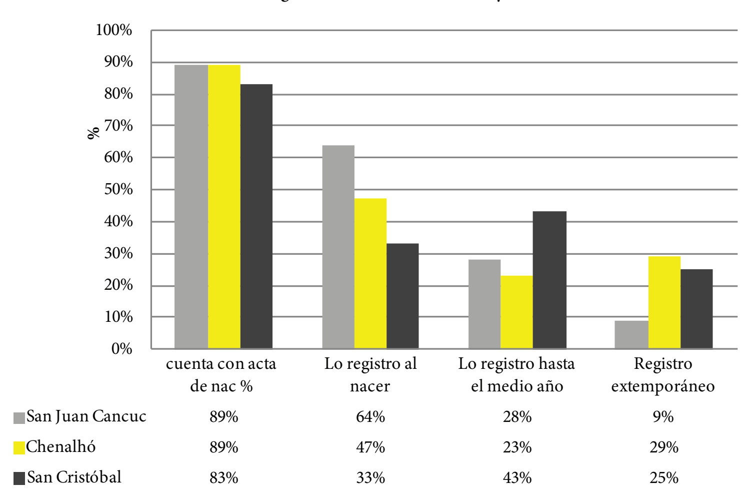
"No hay registro de muchos niños, si se mueren o están vivos, no tienen acta de nacimiento, ni constancia de alumbramiento, nada del peso al nacer… no hay datos y el sub registro de muertes y nacimientos está sobre todo en estos municipios" *Médico del Centro de Capacitación en Salud para campesinos (CCESC) Médico en San Juan Cancuc.*

El mismo personal de salud encargado de prestar servicios de salud en las comunidades refirió que las instancias de salud suelen condicionar el ejercicio de este derecho si las mujeres no son atendidas en los servicios de salud durante su embarazo.

"A nosotros nos ponen muchas reglas, como por ejemplo, no vas a dar su certificado de nacimiento a menos que tenga su control prenatal, que la hayas visto embarazada, o que la conozcas" *Médica de unidad móvil Cancuc.*

En cuanto a la edad a la que registraron a niños y niñas, casi a la mitad lo hicieron al nacer. Se observa que en el municipio de San Juan Cancuc el registro al nacer es más alto que en los otros dos municipios. Por comunidades las diferencias se incrementan, así mientras en El Pozo 7 de cada 10 niños son registrados al nacer, esto sólo ocurre en 1 de cada 10 en Yashtinin. En cuanto al registro extemporáneo, La Libertad es la comunidad donde se presenta en mayor proporción, siendo registrados extemporáneamente 4 de cada 10 niños. (Ver gráfico 6)

“En mi comunidad no están registrados los niños hasta un año, ni siquiera los llevan a la clínica, lo ven que está bien, más o menos se mueve, come y ya. En casos que hemos buscado embarazadas porque ya seguro habrá terminado su embarazo, te das cuenta que hubo tal, que se cayó cargando leña y abortó, y cosas así” *Médico en Chenalhó*



	cuenta con acta de nac %	Lo registro al nacer	Lo registro hasta el medio año	Registro extemporáneo
San Juan Cancuc	89%	64%	28%	9%
Chenalhó	89%	47%	23%	29%
San Cristóbal	83%	33%	43%	25%

En el análisis cualitativo, agentes de salud y representantes de organizaciones de la sociedad civil apuntaban:

"Muchos niños siguen siendo atendidos con parteras, pero no hay registro ni si mueren o están vivos, no tienen acta de nacimiento ni constancia de alumbramiento" *CCESC en la zona de los Altos.*

2. DOMINIO DESARROLLO

2.1 Derecho a la salud

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud fue el eje central de este apartado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de afecciones y enfermedades. En su constitución, considera la salud como un principio básico para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos. Afirma que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condiciones económica o social. En este sentido, el derecho a la salud ha sido concebido como una parte fundamental de los derechos humanos y de lo que se entiende por una vida digna, como el derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental (Indicadores sobre el Derecho a la salud, 2011).

Para dimensionarlo, se presenta una descripción del contexto sobre las condiciones que vulneran su ejercicio en las comunidades y municipios analizados y de los servicios de salud identificados para continuar con las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad del derecho.

2.1.1 Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) y parasitarias.

Las enfermedades que analizaremos en este apartado son las de mayor prevalencia entre niñas y niños de 0 a 5 años contextos rurales de pobreza y alta marginación, y causantes de muchas de las defunciones registradas entre este sector de población.

Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) y Enfermedades Parasitarias

De acuerdo con los datos recabados, cerca de la mitad de la muestra de niñas y niños (43%) había tenido al menos un episodio de EDAS en el último mes, por lo que su prevalencia es elevada. A continuación se presentan los resultados obtenidos en los 3 municipios:

Tabla 18. Enfermedades Diarreicas Agudas y ruta de atención							
Mpio.	Ha tenido diarrea en el último mes %	La diarrea ha durado 5 días o más %	Durante la diarrea ha tenido fiebre o calentura %	Principal ayuda	Suero o soluciones rehidratantes		Conoce los síntomas de la deshidratación %
				Médico %	Se lo recomendaron %	Se lo dio %	
San Juan Cancuc	56	42	65	74	65	50	39
Chenalhó	42	47	79	57	85	60	64
San Cristóbal	31	20	63	66	88	60	71
Total	**43**	**39**	**69**	**67**	**75**	**57**	**55**

El municipio de San Juan Cancuc es donde se observó la mayor prevalencia de EDAS en el último mes en niñas y niños menores de 6 años con un 56% de los casos; Chenalhó presentó un 42% y en San Cristóbal la prevalencia de dicha enfermedad, aunque menor, también fue significativa, al presentarse en el 31% de los casos. En los tres municipios la diarrea se presentó con algún signo de alarma como fiebre alta en la mayoría de los casos. En los municipios de Chenalhó y Cancuc, la diarrea tuvo una duración de 5 o más días, en 4 de cada 10 casos.

El médico fue la referencia principal de atención en los tres municipios, siendo las rehidrataciones orales el tratamiento utilizado en la mitad de los casos. Además, en los municipios de San Juan Cancuc y Chenalhó, el 56% y 34% respectivamente de las mujeres entrevistadas, informaron de la utilización de pozol como un tratamiento para la deshidratación.

En los grupos focales, el personal médico refirió que acuden a ellos cuando la infección ha progresado y que en la ruta de atención a la enfermedad no suelen ser los servicios médicos la primera opción, generalmente suelen atenderlos cuando ya cuando presentan signos graves de la enfermedad como fiebre alta y signos de deshidratación.

"La primera opción nunca es el médico, es el curandero" *Médico de Chenalhó.*

"A veces te lo llevan con una semana o semana y media de diarrea. Si algún niño tiene diarrea, le dan unas gotitas de limón y coca, o jugo del Valle. No siempre tienen Vida Suero Oral pero aunque lo tuvieran pues no siempre se lo darían" *Médico de la Libertad.*

En cuanto a la edad, el comportamiento en los tres municipios es muy similar. La mayor prevalencia de diarreas es en menores de dos años, dato concordante por lo señalado en la Encuesta de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), y de los tres años de edad hasta los cinco se observa una disminución progresiva en la que los tres municipios presentan la menor prevalencia (San Juan Cancuc 40%, Chenalhó 36% y San Cristóbal 21%).

Cuando se les preguntó a las madres por los signos de alarma, las evacuaciones frecuentes fueron las más señaladas en los tres municipios, seguida de fiebre, aunque menos de la mitad de las consultadas la señalan. Con respecto a los síntomas de la deshidratación, casi la mitad de las madres de la muestra, los desconocen, siendo en San Juan Cancuc donde el desconocimiento es mayor, y sólo 4 de cada 10 los identifican. De las que los conocen, la tendencia fue similar en los tres municipios, siendo mucha sed el más identificado.

Al hacer el análisis de las localidades la presencia de enfermedades diarreicas aumenta 10 puntos porcentuales en Chiloljá con un 67% y La Libertad con un 59%. Además, la duración de la infección de más de 5 días también es mayor, teniendo 54% en Chiloljá y 45% en La Libertad. En este sentido el médico de La Libertad manifestó "la defecación al aire libre en mi comunidad es sorprendente" y en Chiloljá se ubicó el mayor número de menciones al respecto con un 18%. De igual manera se encontró que en cuanto a las prácticas de preparación de alimentos el 87% de las madres de Chiloljá y el 97% de las madres de La Libertad no lavaban los alimentos o utilizaban sólo agua.

La evidencia de infecciones parasitarias son congruentes con un estudio realizado por Gutiérrez-Jiménez et al.

(2013) en los municipios de alta marginación en Chiapas; en éste se encontró prevalencias entre el 33 y el 66% en menores de 5 años para los municipios estudiados. Aunque en este estudio no se realizaron análisis para conocer la presencia de parásitos en heces, las observaciones de los diarios de campo de las y los encuestadores, de las y los participantes de los grupos focales y de las propias niñas y niños en los talleres señalaron situaciones visibles y graves de presencia infecciones parasitarias, dadas las condiciones en que viven como el acceso a agua segura y las condiciones de la vivienda ya señalados en el apartado anterior.

"En el momento de la encuesta había una madre con tres hijos menores de 4 años, los tres tenían el vientre muy hinchado y la mamá refirió que eran lombrices" *-Diario de campo de Chenalhó-*

"La desparasitación es muy frecuente, por abundantes lombricitas y perforaciones" *Enfermero de San Juan Cancuc*

Al analizar la relación entre enfermedades diarreicas y la variable piso de tierra, referida en múltiples estudios como una condición para la reducción de enfermedades parasitarias, no encontramos diferencias significativas en ninguno de los tres municipios. Solamente en la localidad de Yashtinin se encontró que, en las niñas y niños cuyas viviendas tienen piso de tierra la prevalencia de diarrea en el último mes fue del 50% y sólo del 10% cuando el piso era de cemento.

Que no se hayan encontrado diferencias, podría explicarse por varios factores, uno de ellos es que en muchos casos aunque tenían el piso cementado del dormitorio, la cocina y el patio no lo estaban, siendo estos dos lugares en los que se observó que las niñas y niños pasaban más tiempo. Revisar redacción Además, algunos autores Heintz y Kennedy (2009) apuntan haciendo referencia al estudio de Gertler que el acceso a agua limpia, el drenaje y las medidas higiénicas son

fundamentales para reducir las enfermedades diarreicas y parasitarias. Y en los tres municipios, no se suelen dar todas estas condiciones, además del estado nutricional de las niñas y niños.

2.1.2 Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS)

Las madres de familia encuestadas informaron de una alta prevalencia de enfermedades e infecciones respiratorias. Así, 6 de cada 10, indicaron que sus hijos e hijas las habían padecido en el último mes. La mayoría de las enfermedades respiratorias se han presentado con fiebre en 7 de cada 10 casos. Un poco más de la mitad de las madres informan que llevaron a su hija o hijo al médico, y a la mayoría le recetaron antibióticos. En la tabla 19 se muestran los resultados para los tres municipios:

Tabla 19. Enfermedad Gripa, Catarro, tos o dolor de oídos

Mpio.	¿Ha tenido el infante gripa, catarro, tos, bronquitis o dolor de oídos en el último mes? %	Por esta enfermedad ha tenido fiebre o calentura? %	Principal ayuda Médico %	El personal de salud ¿le dio tratamiento con antibióticos? %
San Juan Cancuc	64	72	61	68
Chenalhó	56	82	52	79
San Cristóbal	70	65	58	91
Total (promedio)	**63**	**73**	**57**	**79**

Los hallazgos por comunidades, La Libertad en Chenalhó es la que se muestra la mayor prevalencia con un 85% de niñas y niños menores de 6 años que han tenido infecciones respiratorias en el último mes.

Cabe señalar que la estacionalidad tiene un papel importante en la incidencia de EDAS e IRAS cuando comienza la época de lluvias las EDAS son bastante frecuentes en niños pequeños de menos de 2 años, las IRAS aumentan su incidencia con el otoño que en la Región de los Altos empieza más o menos entre septiembre y octubre, además de que el estado de nutrición de los niños influye en la recurrencia de estas enfermedades.

Los factores determinantes para la alta incidencia de IRAS son múltiples y algunos ya fueron abordados, también juega un papel importante la atención adecuada y oportuna para evitar una complicación que involucre la vida de las niñas y niños.

"Los niños se enferman casi cada mes, las causas por mala higiene y por frio" *Partera de Chenalhó*

"Las enfermedades respiratorias son muy frecuentes, muchas veces ya lleva tiempo la acumulación de mocos en sus pulmones, al haber mucho moco ya dificulta la respiración y se genera la infección" *Enfermero de Cancuc*

2.1.3 Desnutrición

La nutrición es uno de los principales determinantes de la salud que posibilita el crecimiento físico y mental de niñas y niños, siendo en el período gestacional y en los dos primeros años de vida, donde cobra especial importancia. Ésta es una etapa crítica de crecimiento y maduración, que de verse alterada por el déficit nutricional, tendrá consecuencias irreversibles. En esta línea, un estudio sobre nutrición en poblaciones indígenas en zonas rurales señala que: " *…la desnutrición infantil se genera principalmente entre los 6 y los 24 meses de edad; este período, que ha sido denominado el valle de la muerte representa la etapa de mayor riesgo para la sobrevivencia infantil del niño desnutrido y donde se produce el mayor daño a su organismo, cuyas secuelas, frecuentemente irreversibles, limitarán en forma importante el desarrollo futuro de las capacidades del individuo*" (Ávila y Shamah, 2005)[10]

La OMS define la desnutrición como *"el resultado de una ingesta de alimentos que es, de forma continuada, insuficiente para satisfacer las necesidades de energía*

10 Disponible en http://sedesol.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2011/09/doc27.pdf . Fecha de consulta: 4 de junio de 2014.

alimentaria, de una absorción deficiente y/o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos". En la primera infancia la desnutrición está además relacionada con la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas" (Unicef, 2011)[11]

Los indicadores publicados por la ENSANUT 2012, muestran prevalencias altas de desnutrición en la primera infancia en las zonas rurales del estado. Así, entre las niñas y niños menores de 5 años presentan talla baja 44.2% (indicador de desnutrición crónica) y bajo peso en 11.5% (indicador de desnutrición ponderal). Además, los resultados reflejan que ha habido en el último sexenio, en las zonas rurales del estado, un empeoramiento en ambos indicadores, con aumentos porcentuales de 11 y 5 puntos, respectivamente.

La información recabada en las entrevistas y en lo grupos focales con agentes de salud y personal de organizaciones de la sociedad civil, apuntan a que más de la mitad de las niñas y niños de 0 a 5 años tienen desnutrición y señalan que las causas suelen ser; mujeres muy jóvenes que se embarazan, el estado de salud y nutrición de la madre, la situación de violencia que viven las familias, las prácticas inadecuadas de alimentación infantil durante el primer año de vida que conllevan a la recurrencia de enfermedades y que las niñas y niños permanezcan en un ciclo de desnutrición – infección.

"El 60% de los niños que vemos están desnutridos"
Médico de Chenalhó

"Entre las causas más comúnmente señaladas se encontraron "las mujeres no han terminado su período de crecimiento y ya están embarazadas"
Save the Children

"Si la mamá está desnutrida, los niños van a estar desnutridos, entonces va a haber poco peso al nacer y muchas consecuencias derivadas de ahí", el patrón de lactancia exclusiva ya no se da" *Centro de Capacitación y Asesoría en Salud para Campesinos*

11 Disponible en http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf . Fecha de consulta: 4 de junio de 2014.

"Hay una alta recurrencia de diarreas que impiden la asimilación de micronutrientes" *Save the Children.*

"Un porcentaje muy alto de los niños desnutridos que encontrábamos eran causados por violencia. Era muy complicado sacar esos niños de la desnutrición porque cada episodio de violencia que la madre sufría, el niño volvía a recaer" *Chantiik Taj Tajinkutik*

Los hábitos de alimentación que suelen adquirirse en la primera etapa de la vida como lo es la primera infancia suelen ser imitados de los adultos, así bien si el niño o niña se desarrolla en un ambiente no saludable y no hay disponibilidad ni acceso a alimentos adecuados, saludables que contribuyan a su crecimiento y desarrollo óptimos, las consecuencias en su estado de nutrición, en su crecimiento y desarrollo serán irreversibles y le afectaran hasta la vida adulta.

Para ahondar un poco más en este tema, algunos de los resultados obtenidos respecto a la percepción de las madres de familia encuestadas acerca de la alimentación de las niñas y niños, 17% de las madres señalaron que en su casa algún niño o niña, menor de 6 años, comió menos de lo que debía o se le redujo la cantidad de alimentos servidos durante la comida y un 6% señaló que por este motivo algún menor de 6 años dejó de comer todo un día o comió una sola vez, sin especificar las causas.

Los datos de ENSANUT 2012, también informan de una prevalencia del 31.1% de anemia en niños y niñas de 1 a 4 años que viven en zonas rurales del estado de Chiapas, aumentando en casi 10 puntos porcentuales en seis años. Habiendo un empeoramiento en el índice de emaciación (baja talla) con un 2.6% y de sobrepeso con un 6% para niñas y niños de primera infancia.

La desnutrición infantil además de ser una causa reconocida de mortalidad y morbilidad, tiene graves consecuencias a corto, medio y largo plazo. En este sentido, Martínez y Fernández (2009) en un informe realizado para la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en un informe afirma que la desnutrición producida entre los 0 y 59 meses de vida aumenta la vulnerabilidad a las infecciones, siendo las

patologías más afectadas las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) y las infecciones respiratorias agudas (IRAS) ambas con alta presencia en nuestra muestra, e interfiere en el adecuado desarrollo físico y cerebral.

Por tanto, según varios autores, el mayor riesgo de enfermar y la brecha de capacidades de aprendizaje, asociada a las limitaciones en el desarrollo cognitivo, que tienen las niñas y niños desnutridos aumenta su probabilidad de incorporación tardía al sistema educativo, su ausentismo escolar, su bajo rendimiento y su deserción. Así, la desnutrición infantil produce una desventaja permanente no sólo en el proceso educacional, sino también en la menor capacidad de muchas otras funciones cerebrales necesarias para tener una vida saludable y productiva.

2.1.4 Atención prenatal

La salud y la nutrición en la primera infancia son inseparables de la salud y la nutrición de sus madres, ya que su derecho a la salud está condicionado, en gran medida, por el ejercicio que éstas puedan hacer del suyo.

Unicef señala que "por lo menos un 20% de las enfermedades que sufren las niñas y niños menores de cinco años están relacionadas con la salud y nutrición deficiente de sus madres, así como con la calidad de la atención durante el embarazo y los primeros días de vida del recién nacido". Es por ello que en este estudio se incluyeron los aspectos relacionados con el embarazo y el parto.

Las prácticas en salud de las madres y el cuidado del embarazo, en particular en los Altos de Chiapas, han de ser contextualizadas en el marco de los usos y costumbres de las comunidades tzeltales y tzotziles, de la condición de género, la pobreza estructural, la insuficiente calidad y cantidad de servicios de salud en la zona y la discriminación histórica hacia los grupos indígenas.

Así, tradicionalmente el embarazo y el nacimiento han sido percibidos como un proceso natural, que no requiere, si acaso, más que la intervención de la partera al final del embarazo, como ha sucedido generación tras generación.

Sin embargo, en los últimos años hemos presenciado una transformación probablemente causada por la

extensión de los Centros de Salud en las zonas rurales indígenas y por los programas de gobierno que centran su atención desde la etapa del embarazo hasta los primeros cinco años de vida. En la tabla 20 se presentan los resultados para la atención prenatal:

"Un problema es que las mujeres, embarazadas o no, tienen que cargar la leña, el agua, y no importa si está embarazada o no. Tienen que cocinar, están en contacto con bastante calor, con la leña...sus zapatos no son adecuados para el terreno" *Médico de Chenalhó.*

Los resultados muestran que existen diferencias en los tres municipios en cuanto haber acudido a alguna revisión médica durante el embarazo. El municipio de San Juan Cancuc es en donde se manifestó haberlo hecho en mayor medida con 92% y en Chenalhó quienes lo han hecho en menor medida con 65%. Por comunidades en Belisario Domínguez sólo 4 de cada 10 mujeres embarazadas acudieron a revisión durante su embarazo.

Tabla 20. Atención prenatal

Mpio.	Acudió a alguna revisión médica %	Durante su embarazo ¿usted tomó ácido fólico? %	De las que lo tomaron 1° Trimestre %	Enfermedad o accidente en el embarazo %	¿Cuántas veces se alimentaba? %		
					1	2	3
San Juan Cancuc	92	58	50	15	5	47	48
Chenalhó	65	51	40	14	7	62	31
San Cristóbal	81	75	57	9	4	28	61*
Total (media)	**79**	**61**	**49**	**13**	**5**	**46**	**47**

* En el caso de San Cristóbal de las Casas el 7% manifiesta alimentarse 4 veces al día

Cuando se hacen cruces de estos datos con ser beneficiaria del Programa Federal Oportunidades (que obliga a acudir a las revisiones prenatales), se observa un aumento en San Juan Cancuc y Chenalhó, siendo significativo para este último municipio, en donde 88% de las encuestadas afirman haber acudido a alguna revisión durante su embarazo. En San Cristóbal se produce un descenso donde sólo el 64% de beneficiarias reconoce que lo ha hecho. Las voces del personal de salud coincidieron en que las mujeres acuden a las revisiones prenatales, no tanto porque lo consideren importante, sino por el miedo a dejar de ser beneficiaria del programa.

Una de las recomendaciones básicas en un embarazo es el uso de ácido fólico en los tres primeros meses, para evitar malformaciones genéticas, además de prevenir defectos de nacimiento en el cerebro y la columna vertebral. En dos de los municipios (Chenalhó y Cancuc) sólo 5 de cada 10 mujeres reconocen haberlo tomado, y de ellas sólo la mitad lo tomaron en el primer trimestre. Belisario Domínguez en Chenalhó es la comunidad en donde las mujeres informan que lo tomaron en menor medida, ya que sólo 25% reconoce haberlo hecho y de ellas menos de la mitad lo tomaron en el primer trimestre. Generalmente las mujeres acuden a atención ya sea con la partera o con los servicios de salud después del tercer o cuarto mes de embarazo.

El personal de salud de San Juan Cancuc y Chenalhó manifestó que las enfermedades durante el embarazo son muy frecuentes, entre las más habituales señalaron la desnutrición, anemia, pre eclampsia, eclampsia y hemorragias, además de abortos espontáneos que suelen ser muy frecuentes.

"Tradicionalmente llegan con la partera muy tarde, cuando tienen 5 o 6 meses de embarazo. Como yo les digo, ya llegaste muy tarde, la vitamina que te pueda dar ya no te sirve, te servía antes ahora ya no sirve" *Personal de Salud, Chenalhó*

Esto es acorde con los hábitos de alimentación encontrados. Ya que, tanto en las encuesta realizadas como las entrevistas con personal de salud, apuntan hacia

hábitos alimenticios inadecuados durante el embarazo, lo que estaría relacionado con el alto nivel de desnutrición y las enfermedades señaladas entre las gestantes. La gran mayoría de las mujeres manifestó alimentarse en menos de 3 ocasiones al día, lo cual traducido sería para el municipio de Chenalhó 7 de cada 10 y 5 de cada 10 en el municipio de San Juan Cancuc. La alta vulnerabilidad que tienen las mujeres durante el embarazo respecto a los cuidados necesarios e indispensables que deben de tener no es asegurada, simplemente su alimentación, la edad a la empiezan un embarazo, la multiparidad y las condiciones de violencia familiar y estructural en las que viven conlleva a no tener un bebé con un adecuado peso al nacer, al riesgo de morir durante el parto y a repetir el circulo en las nuevas generaciones.

"Las mujeres empiezan el embarazo pesando 44 kilos y acaban su embarazo con 45, sólo ganan 1 kilo en todo el embarazo" *Personal de salud*

Los usos y costumbres establecen a la menarquía (primera menstruación) como el momento en que una niña deja de serlo y está preparada para casarse y tener hijos. Esto ha quedado de manifiesto por todas las voces del personal de salud y de las organizaciones.

"Tras su primera menarquía ya se quedan embarazadas" *médico de Cancuc.*

"Las niñas no han terminado su período de crecimiento y ya están embarazadas" *Save the Children.*

Las estimaciones de la REDIM (2013) a partir de bases de datos oficiales, establecen que para todo el estado la tasa de niñas que quedan embarazadas entre 10 y 14 años es de 4.4 por cada mil y en adolescentes de 15 a 17 años la tasa alcanza un valor de 79.4 por cada mil.

Las madres adolescentes entre 14 y 17 años, suponen un 10% en el municipio de San Juan Cancuc, 8% en Chenalhó y 9% en San Cristóbal. Es en las cabeceras municipales es en donde su presencia es mayor, por lo que

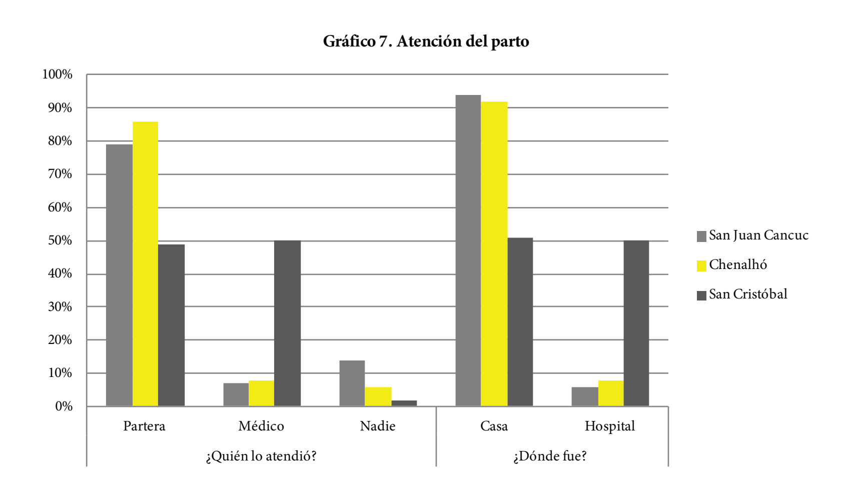
para San Juan Cancuc las madres adolescentes suponen 15%, en Chenalhó 10% y en San Cristóbal 12% de la muestra. Vale la pena destacar que no se les pregunto a las mujeres encuestadas la edad que tenían en su primer embarazo, muchas de ellas seguramente iniciaron su vida reproductiva a muy temprana edad.

El embarazo adolescente es considerado de alto riesgo por las instituciones de salud. Diversos estudios llevados a cabo por la OMS informan que "las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior" y que "los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, con riesgos a largo plazo".

2.1.5 Atención del parto

En cuanto a la atención al parto, las mujeres informaron que fue atendido mayoritariamente por parteras y en casa. Sólo en dos comunidades la tendencia cambia, así en la cabecera de San Cristóbal y en Molino los Arcos 7 de cada 10 y 6 de cada 10 partos fueron atendidos en un Hospital por un médico, respectivamente.

Gráfico 7. Atención del parto



Las parteras son las que, por los usos y costumbres, han atendido tradicionalmente los partos en las comunidades, y es relativamente reciente la creación de los servicios de salud en muchos lugares y que otros todavía carecen de ellos, además de no estar adaptados culturalmente, careciendo, por ejemplo, de salas de parto vertical.

"El parto en las comunidades lo tienen de otra forma, ir y ponerse en una posición que para ellas no es natural y no lo han visto es humillante, por lo que es natural que las mujeres sigan eligiendo tener a sus hijos e hijas en casa, siendo atendidas por una partera de su confianza"
Médico de la comunidad La Libertad

Especial atención requieren los partos que no son atendidos por ningún agente de salud, ni médico ni partera, que pueda reconocer signos de alarma y actuar ante las complicaciones que se puedan presentar. Esto ocurre en mayor medida en el municipio de San Juan Cancuc, siendo en Chiloljá y la cabecera de municipal, las comunidades que presentan una prevalencia más alta de mujeres que no fueron atendidas por ningún agente de salud durante el parto, con 23% y 17% respectivamente.

En general, la atención del parto en la zona presenta diversas complicaciones derivadas de la insuficiencia de los servicios de salud, en el primer y segundo nivel de atención, de la mala infraestructura de carreteras y las distancias largas.

Por un lado, la CONAPO (2012) señala que la asfixia y trauma al nacimiento es la primera causa de mortalidad infantil en Chiapas. Por otro, el INEGI (2013)[12] señala que en la población infantil los problemas derivados del nacimiento son la principal causa de discapacidad y explicarían el 64% de los casos.

No recibir atención de ningún agente de salud ya sea local como la partera o profesional de la salud hace que la vida de la madre y el recién nacido se ponga en peligro, sobre todo si se toma en cuenta que las mujeres de estas comunidades tienen muchos riesgos reproductivos y obstétricos, como ya se ha señalado anteriormente.

12 Disponible en http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/ni%C3%B1o7.pdf Fecha de consulta : 4 de Mayo de 2014

Con todos los datos expuestos hasta el momento, se puede decir que son poco probables los embarazos saludables en los municipios y es palpable problemas estructurales en términos de la disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad que se ofrecen en los servicios que deberían garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las madres y las y los niños.

Las prácticas de lactancia materna en Chiapas están lejos de las recomendaciones de la OMS, la cual la establece que el niño o niña debe recibir exclusivamente leche materna durante los 6 primeros meses de vida y continuarla hasta los dos años de edad o más, junto con otros alimentos. ENSANUT 2012 encontró para niñas y niños entre 0 y 6 meses lactancia materna exclusiva en el 15.8% de los casos y lactancia materna en zonas rurales, y predominante en el 35.4%. Las variables de alimentación en niños pequeños que incluyen las prácticas de lactancia materna e introducción de alimentos no fueron abordadas con las madres de familia encuestadas, cabe destacar que fue señalado como un factor importante en los grupos focales y entrevistas realizadas.

"En comunidades el patrón de lactancia exclusiva que antes podía darnos una garantía de que el niño durante los 6 primeros meses estaba más o menos protegido, ya no se da" *CCESC*

"Ves a niños tomando Coca-Cola desde la mamila, chiquitos, se intercambian y tengo videos. Un poquito de leche y un poquito de Coca" *Médica de la comunidad Belisario Domínguez, Chenalhó*

2.1.6 Medidas higiénicas

Se indagó sobre cómo eran las condiciones de higiene de niñas y niños, para ello se preguntó a sus madres sobre la frecuencia con que sus hijas e hijos se bañaban y se lavaban los dientes. A nivel general, se puede establecer que tomar un baño cada tercer día es lo más habitual y que más de la mitad de las madres informan que sus hijos no se lavan los dientes. En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos para ambas prácticas en los tres municipios: (ver Tabla 13)

Tabla 13. Inocuidad de los alimentos						
Municipio	Preparación de alimentos			Conservación de alimentos		
	Solamente con agua %	Utiliza agua y jabón %	Los desinfecta %	Ahumar %	Hervir %	Ninguno %
San Juan Cancuc	75	17	2	49	63	13
Chenalhó	93	6	1	32	28	47
San Cristóbal	72	17	15	6	7	63
Total	**80**	**14**	**6**	**29**	**33**	**40**

San Juan Cancuc es el municipio en donde es más frecuente que las madres bañen a sus hijas e hijos, teniendo un 67% en donde lo hacen diariamente, en el otro extremo se encuentra San Cristóbal y Chenalhó, en donde lo más habitual es bañarlos cada tercer día. En cuando al lavado de dientes, Chenalhó es el municipio donde informan que se lavan menos los dientes, sólo el 35% de las y los niños menores de 6 años lo hace. Si las familias son beneficiarias del Programa Oportunidades, se muestra una ligera mejora general en los resultados en las prácticas de aseo.

A pesar de estos resultados, la información brindada por niñas y niños y las observaciones hechas en campo, apuntan que la práctica de baño es menos habitual y las condiciones higiénicas no son las adecuadas, por ejemplo en cuanto a lavado de manos no suele ser habitual ni tampoco importante.

"Cuando le pregunto a algunos niños cuando se bañaron, me dicen que no se acuerdan" *Maestra de Chenalhó.*

"Cuando van al baño no se lavan las manos y sus uñas están llenas de mugre" *enfermero de Cancuc.*

"Las uñas las traen larguísimas llenas de lodo y presentan un aspecto descuidado" *médico de Chenalhó*

"Son pocos los que vienen arreglados, casi la mayoría vienen sucios, despeinados, con los cachetes manchados de pozol o caldito de frijol y algunos tienen piojos" *maestro de Chenalhó.*

2.1.7 Prevención de accidentes

Las niñas y niños de primera infancia son, por sus características físicas, particularmente son vulnerables a sufrir accidentes. Estos pueden causar secuelas físicas o psíquicas de diversa índole que condicionen su bienestar y salud, así como su presente y futuro.

A través de la información que dan las madres en el cuestionario implementado sobre los accidentes de sus hijas e hijos, se puede establecer que 2 de cada 10 niñas y niños menores de 6 años han sufrido accidentes en el último año. A continuación presentamos la tabla con los resultados de los tres municipios:

Tabla 22. Incidencia de accidentes

Municipio	¿Sufrió algún daño a su salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses? %	Tipo de accidente	Donde ocurrió
		Caída a nivel de piso %	En casa %
San Juan Cancuc	31	89	92
Chenalhó	23	76	96
San Cristóbal	13	57	79
Total (promedio)	**22**	**74**	**89**

Los accidentes más frecuentes en los tres municipios han sido las caídas a nivel de piso en el hogar. De todos los ocurridos, una cicatriz es la única secuela permanente, reportada en San Cristóbal.

Sin embargo, la información cualitativa recabada, a través de las entrevistas hechas a personal de salud y de los talleres con niñas y niños, ponen en entredicho este resultado. Así, las niñas y niños de los municipios de Chenalhó y San Juan Cancuc manifestaron, de manera general, haber tenido accidentes realizando trabajos, por cortes con el machete en los pies y accidentes en la espalda cargando leña. Personal de salud también refirieron atender en ocasiones cortes y accidentes de este tipo en niños pequeños, aunque no mencionaron secuelas permanentes más allá de las cicatrices.

2.2 Servicios de Salud

2.2.1. Cobertura de atención médica

Las estimaciones de la REDIM (2013) realizadas en la infancia cuenta partir del censo de población y vivienda 2010, establecen que en Chiapas el 42.1% de la población de 0 a 17 años no cuenta con derechohabiencia a servicios de salud. Si desagregamos por edades serían el 41.7% de las niñas y niños de 0 a 4, y el 44.8% de los de 5 a 9 años los que no la tienen.

2.2.2 Asistencia médica y servicios de salud

El derecho a la salud en los Altos de Chiapas, y en mayor medida en las zonas rurales, presenta muchas dificultades para su ejercicio, debido a las deficiencias en la calidad y la cantidad de los servicios de salud.

A pesar de que en los 3 municipios estudiados hay disponibilidad de servicios de salud, la mayoría de las comunidades que los conforman carecen de Centro de Salud. En esta circunstancia se encontrarían 78 comunidades en Chenalhó, 26 en Cancuc y 83 en San Cristóbal; a pesar de ser este último el municipio que cuenta con más Centros de Salud la mayoría de ellos están concentrados en la cabecera municipal. Es en ésta última, la única de las 224 comunidades que componen los tres municipios, en donde se puede acceder a una atención de segundo nivel, es decir, que cuentan con especialidades, urgencias y operaciones. Por tanto, el lugar donde cada niña o niño vive, marca la primera diferencia para que éstos puedan o no ejercer su derecho a la salud.

A continuación presentamos la tabla con la disponibilidad de servicios de salud para los tres municipios:

Tabla 23. Servicios de Salud

Mpio.	Secretaría de Salud #	IMMS Oportunidades #	IMSS #	ISSSTE #	Cruz Roja #	Servicios Médicos Estatales #	Servicios Médicos Privados #	Total
San Juan Cancuc	8	3	---	---	---	---	---	11
Chenalhó	13	5	---	---	---	---	---	18
San Cristóbal	14	3	1	1	1	1	7	28

En las comunidades que no cuentan con Centro de Salud, la atención médica es brindada por medio de unidades móviles. Sin embargo, éstas no llegan a todas las comunidades y a las que lo hacen es semanalmente si el servicio logra ser regular. Como dato relevante, en el momento de la realización de uno de los grupos focales con personal de salud (29 de enero de 2014), las unidades móviles en el municipio de Cancuc llevaban más de un mes sin brindar atención.

Las peores consecuencias las sufren niñas y niños, que a veces mueren por causas que podrían haber sido evitadas de haber contado con la atención médica adecuada y otras veces se ven limitados en su desarrollo por no contar con servicios de salud que atiendan sus necesidades particulares. Cabe mencionar que la cabecera de San Cristóbal es la única que cuenta con atención especializada en discapacidad.

Como se expuso en el apartado anterior, los municipios carecen de salas de parto vertical, tal y como es la costumbre en la zona, y los partos sólo son atendidos en las tres cabeceras municipales y, además, en Yabteclum en el caso de Chenalhó.

2.2.3. Atención sanitaria preventiva

Aunque la atención preventiva es indispensable en contextos de pobreza, marginalidad y alta vulnerabilidad cobra especial relevancia. Dicha atención se hace especialmente significativa para la primera infancia, etapa vital para el desarrollo de todo ser humano.

En el cuestionario que se aplicó se incluyeron tres aspectos importantes: vacunación, seguimiento de peso y talla y salud bucal. A continuación se muestran los resultados obtenidos para cada uno de ellos.

Vacunación

La vacunación es sin duda una de las medidas sanitarias que más beneficios genera, ya que protege contra un gran número de enfermedades infecciosas, cuya presencia puede causar, en muchos casos, secuelas irreversibles e incluso la muerte.

A través de la información recabada en el cuestionario realizado a madres de familia, se puede establecer,

de forma general, que la mayoría de las niñas y niños menores de 6 años cuentan con su cartilla de vacunación, esto es, el 96%. Al pedirles que la mostraran, el 88% de las madres lo hizo. (Ver tabla 24)

Los resultados muestran que la mayoría de las niñas y niños menores de 6 años recibieron sus vacunas en los tres municipios, las diferencias observadas son mínimas y las tendencias las mismas. Los porcentajes más bajos con relación a vacunas aplicadas fueron para las vacunas SABIN y ANTINFLUENZA.

Los hallazgos también muestran que las familias que son beneficiarias del Programa Federal Oportunidades, por la obligatoriedad que establece, han incrementado la vacunación en niñas y niños menores de 6 años. Esta tendencia se ha observado en todos los municipios y en todas las localidades.

Seguimiento de peso y talla

Para las niñas y niños el seguimiento médico y las revisiones de peso y talla son fundamentales, especialmente si consideramos las condiciones de desnutrición que la mayoría tiene. En la tabla 25 se presentan los de lo que las madres informaron en los 3 municipios. (Ver tabla 25)

De acuerdo con estos datos se pueden resaltar dos cosas: I) una que existe una mayor tendencia a llevar a las revisiones a los niños y niñas en San Juan Cancuc que en el resto de los municipios y II) el Programa de Oportunidades, por la obligatoriedad que establece, ha impactado sobre la asistencia a dichas revisiones.

Belisario Domínguez en Chenalhó es la comunidad que presenta menos revisiones de talla y peso con el 58%, aunque este porcentaje aumenta entre los que tienen el Programa Oportunidades hasta el 73%.

En la aplicación de cuestionarios se pudo comprobar que la gran mayoría de las niñas y niños de dos de las cabeceras municipales, Cancuc y Chenalhó, no tenían apuntado la talla y el peso en la cartilla.

“En mis comunidades se citan a todos los niños que se puede, pero tal vez no se tiene siempre el registro de lo que se hace o hay que apuntarlo en varios sitios y sólo se hace en un lugar” *médica de unidad móvil Cancuc.*

Tabla 24. Cobertura de Vacunación

Mpio.	TUBERCULOSIS %	HEPATITIS B %	PENTAVALENTE %	ROTAVIRUS %	NEUMOCÓCICA CONJUGADA %	**ANTINFLUENZA %**	TRIPLE VIRAL (SRP) %	SABIN %
San Juan Cancuc	98	92	90	86	82	69	73	60
Chenalhó	90	91	90	82	86	64	78	60
San Cristóbal	97	93	89	85	80	64	73	55
Beneficiarias de Programa Oportunidades	**99**	**99**	**99**	**95**	**92**	**82**	**94**	**78**
Total (sin programa oportunidades)	**95**	**92**	**90**	**86**	**83**	**66**	**75**	**58**

Tabla 25. Seguimiento de peso y talla

Municipio	Si tienen revisiones talla/peso %	Si tienen revisión y tienen Oportunidades %
San Juan Cancuc	81	88
Chenalhó	66	76
San Cristóbal	61	78
Total (promedio)	**6**	**81**

Salud Bucal

El hábito de cepillarse los dientes en la primera infancia es un factor que previene la caries, infecciones y otras enfermedades bucales. Según un estudio realizado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, a través de la Secretaria de Salud[13], se informa que en el año 2009 a nivel nacional, el 72.6% de las niñas y niños entre 2 y 5 años presentaban caries.

Para las niñas y niños de los tres municipios no se tienen datos disponibles respecto la incidencia de enfermedades bucales, sin embargo se puede establecer que sólo el 6% de las personas de la muestra han visitado al dentista y que sólo 4 de cada 10 se lava los dientes.

Tabla 26. Salud bucal

Municipio	¿Le ha llevado al dentista? %	Lavado de dientes %	Frecuencia diaria %		
			1	2	3
San Juan Cancuc	6	48	58	16	9
Chenalhó	7	35	58	34	8
San Cristóbal	5	47	23	59	19
Total (promedio)	**6**	**43**	**46**	**36**	**12**

El lavado de dientes de las niñas y niños en los municipios en cuestión no es algo habitual, ya que en San Juan Cancuc y Chenalhó la mayoría de madres refiere que sus hijos lo hacen una vez al día, siendo el municipio de San Cristóbal en donde la frecuencia de esta práctica de aseo bucal es de dos veces al día.

2.2.4 Desarrollo

El desarrollo en la primera infancia se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones cada vez más complejas como: el control postural, la manipulación de objetos, la autonomía de desplazamiento o el lenguaje verbal. Dicho desarrollo es fruto de la interacción de factores genéticos y ambientales. Los segundos son los moduladores de los primeros, a través de la estimulación,

13 Disponible en http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LA_SALUD_BUCAL_EN_MEXICO_2010.pdf . Fecha de consulta: 10 de junio de 2014.

la interacción con su entorno, los vínculos afectivos que establece y los cuidados que recibe. Por tanto, realizar una adecuada estimulación es un factor que influyen en el desarrollo y su ausencia puede tener efectos permanentes en el cerebro, ya que "si las estructuras relacionadas a una función se mantienen privadas de las influencias ambientales necesarias para su desarrollo, esta función no se logra en la forma adecuada" (Alvaría, 2005: 40[14]).

A través de los datos recabados mediante el levantamiento del cuestionario, se puede mencionar que la mitad de las madres afirmaron que nadie les había informado de la forma de estimular el desarrollo de su hijo. Sin embargo, el estudio indagó en el desarrollo de sus hijas e hijos, comparado con otros niños o niñas y si existía alguna dificultad en el mismo. Para ello se incluyeron una serie de preguntas en el cuestionario sobre este tema, los resultados se muestran en la tabla 27.

A nivel general se puede decir que la percepción de la mayoría de las madres respecto a sus hijos o hijas es que no presentan problemas en el desarrollo. Sin embargo, se debe prestar especial atención a las niñas y niños que si los tienen, ya que no atenderlos tempranamente conllevaría a un impedimento para el pleno desarrollo de sus posibilidades o, incluso, que estas pudiesen derivar en una discapacidad, siendo en la primera infancia donde se suelen detectar éstas.

De acuerdo con las madres el retardo prolongado en la capacidad de pararse, sentarse y caminar fueron de las cosas más mencionadas respecto al desarrollo tardío con un 10%. En Chenalhó fue en donde se informó, en mayor medida, que en los otros municipios, obteniendo en su cabecera municipal y en La Libertad las prevalencias más altas ambas con un 18%.

No aprender a hacer cosas como otros niños fue informado por el 9% de las madres, siendo en Chiloljá y La Libertad las comunidades donde se obtuvieron los valores más altos, con un 15%.

Presentan dificultades para entender lo que le están diciendo el 8% de las niñas y niños de la muestra, teniendo para Yashtinin 14% y en la cabecera municipal de Chenalhó 13%.

---

14 Disponible en http://www.revistapediatria.cl/vol2num1/pdf/6_dsm.pdf. Fecha de consulta: 4 de Mayo de 2014.

Tabla 27. Desarrollo - En comparación con otros niños/as:

Municipio	Tardó mucho para pararse, sentarse o caminar %	Tiene dificultades para ver %	Parece tener dificultades para oír %	Parece no entender lo que le está diciendo %	Tiene dificultad para caminar o para mover sus brazos o tiene debilidad en sus brazos o piernas %	No habla aunque sea poco, Y no es capaz de decir alguna palabra reconocible %				No aprende a hacer cosas como otros niños de su edad %
						2 años	3 años	4 años	5 años	
San Juan Cancuc	6	8	8	6	3	6	8	5	---	9
Chenalhó	15	5	5	8	4	13	4	---	---	12
San Cristóbal	8	4	8	11	5	11	---	5	5	5
Total (promedio)	**10**	**6**	**7**	**8**	**4**	**10**	**4**	**3**	**2**	**9**

El 5% de las madres informan que sus hijos o hijas, mayores de 2 años, muestran retrasos en la adquisición del lenguaje, al informar que no hablan (aunque sea poco) y que no son capaces de decir ninguna palabra reconocible. Si bien este número va disminuyendo a medida que van creciendo, no deja de ser significativo.

Las dificultades para oír de sus hijos, fueron informadas por el 7% de las madres y las dificultades para ver en un 5%. Los problemas para caminar o la debilidad de brazos y piernas, fue informado en menor medida, afectando al 4% de las niñas y niños, teniendo para la cabecera municipal de San Cristóbal la mayor proporción con 7%.

2.2.5 Educación para la salud

A través de la información recabada, se constató que en las localidades estudiadas existen talleres en los Centros de Salud. Sin embargo, el personal de salud manifestó, mayoritariamente, que las mujeres que acuden a ellos es por la obligatoriedad mensual que establece el Programa Oportunidades y, a pesar de ello, no todas acuden.

El Programa Oportunidades es a nivel nacional federal, y el manual de capacitación para titulares beneficiarias no se ha adaptado a las necesidades de cada estado. Esto implica que los temas no tengan un abordaje adecuado. Por ejemplo, en el módulo 3 dedicado a la salud, hay un apartado referido al agua, el desarrollo se centra en cómo ahorrarla, no haciendo en ningún caso mención al tratamiento que le deben dar para que esta sea apta para el consumo, previniendo con ello la aparición de enfermedades estomacales, tan prevalentes en estos municipios.

Otro de las barreras que señalaron las madres que había en estos talleres fueron los relacionados con el idioma, esto indica que las estrategias de dicho programa no toman en cuenta la pertinencia cultural, ni el contexto.

En el cuestionario dos de las preguntas estaban relacionadas con la información recibida, una sobre los síntomas de la deshidratación y otra sobre la forma de estimular el desarrollo y el crecimiento del niño o la niña, el resultado, como se ha visto, es que la mitad de las madres respondieron desconocer ambas cuestiones, siendo el municipio de San Juan Cancuc el que tuvo peores resultados. En sus dos comunidades, Chiloljá y El

Pozo, el desconocimiento alcanza a dos terceras partes de las madres.

Con respecto a la planificación familiar, todo el personal de salud consultado apunta a que son pocas las consultas que reciben para ello y en la mayoría de las localidades manifiestan que no les ha funcionado nada. El médico de La Libertad reconoce que la aceptación del implante ha funcionado y que ha puesto muchos en la comunidad donde presta sus servicios.

Con respecto a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, los médicos señalaron que apenas hacían pruebas para detectar estas enfermedades y que las mujeres no querían. Un profesional de la salud señaló que en su comunidad (Belisario Domínguez) los hombres prohibieron realizar el Papanicolaou. Esto refleja las barreras para el acceso a la salud que tiene que ver con la falta de un enfoque intercultural en la prestación de servicios de salud sobre todo en el tema de métodos de planificación familiar y prevención de infecciones de trasmisión sexual.

2.3 Derecho a la Salud

2.3.1 Disponibilidad del Derecho a la Salud

Además de la infraestructura, a través de la información recabada, se han detectado otras problemáticas que algunas veces dificultan y otras impiden el ejercicio del derecho a la salud como los horarios de atención, la rotación del personal de salud, la falta de personal aunado a la falta de capacitación y al desabastecimiento de medicamentos.

Los horarios de atención en los centros de la Secretaría de Salud son de lunes a viernes de 8 a 15:30hrs, a excepción de los de la cabecera que tienen horario de fin de semana hasta las 20:00hrs. Por su parte, los horarios de atención de las unidades médicas rurales del IMSS tienen horarios más extendidos y cuentan con un técnico en salud durante los fines de semana. Las posibilidades de recibir atención médica, ante cualquier emergencia, se ve dificultada, teniendo que desplazarse, en el mejor de los casos, a la cabecera municipal. A través de la información recabada en los diferentes grupos, se constató que en ocasiones no hay atención las 24 horas o la atención se da en horarios muy restringidos.

"Aunque tienes pacientes citados no pudiste llegar ese día porque tu jefe te dijo que tenías que venir" *Médica en Chenalhó*

"Los doctores llegan a las 11 am y se salen a trabajar antes de las 2 de la tarde y cuando nuestros niños se enferman los llevamos al centro de salud y no están los doctores" *Madre de familia en San Juan Cancuc*

La falta de atención médica las 24 horas afecta a la prevención de la mortalidad por la falta de atención oportuna en enfermedades prevenibles como son las EDAS e IRAS, esto puede explicar por qué las familias optan o acuden como última opción de atención a los servicios de salud.

"Este año murió una niña de un año por deshidratación por una diarrea, yo no estoy muy convencida si fue porque no quería ir al Centro de Salud o porque fue en fin de semana y está cerrado" *Personal de salud, Chenalhó*

En la atención de las complicaciones del parto también se registran problemas los fines de semana y en horario nocturno por falta de médicos, por lo que son referidos a la cabecera de San Cristóbal.

En los municipios se constató gran rotación del personal de salud. En los centros de salud que dependen de la Secretaría de Salud la mayoría de los médicos son pasantes de servicio social, lo cual implica una estancia inferior a un año. Además, el resto de personal médico y de enfermería tiene contratos de corta duración y no bien remunerados, lo que hace que busquen mejores oportunidades laborales. Todo el personal de salud incluido en el estudio afirmo que a ninguno se le había dado formación previa alguna, que no se había producido un traspaso con los médicos salientes y que las plazas a veces tardaban varias semanas o meses en cubrirse, por lo que no había atención médica en ese período.

La falta de personal fue uno de los aspectos en el que hubo acuerdo unánime de todo el personal de salud, tanto médico como administrativo. La fuerte carga que refieren en lo administrativo les resta mucho tiempo de atención. Además, esto también ocurre con la promoción de la salud, que a veces no se prioriza y que es indispensable en el contexto donde prestan sus servicios.

Por otro lado, hemos constatado que hay plazas de especialidades, como gineco-obstetricia y pediatría, previstas en algunos centros que no están cubiertas. Este es el caso de San Juan Cancuc.

El personal de salud que participó en el estudio, señaló como problema general de los servicios de salud la falta de capacitación para el uso de ultrasonidos, eco grama y estimulación temprana. Esta última, tiene repercusiones directas en la primera infancia, ya que como se expuso en el apartado dedicado al desarrollo algunas niñas y niños presentan retrasos, siendo la atención temprana fundamental para que éstos no se conviertan en una discapacidad.

El personal de salud manifestó que por temporadas carecen de un cuadro básico de medicamentos, incluso para el tratamiento de diarreas y métodos de planificación familiar. En otras ocasiones refirieron tener que suspender algún tratamiento por su ausencia, como el de la epilepsia. También expresaron carecer de otras pruebas básicas para realizar un adecuado ejercicio de sus servicios de salud.

"En mi centro de salud a veces no hay el acceso adecuado a tiras reactivas para ver si tienen infecciones urinarias" *Médico de la Libertad.*

2.3.2. Accesibilidad del Derecho a la Salud

En general, el trato que refieren la población consultada por parte de los servicios de salud es malo y discriminatorio, con lo que violenta la dimensión de no discriminación en el acceso al derecho a la salud. Estos señalamientos lo hace el mismo personal de salud y las madres de familia consultadas.

“El sistema médico es muy rudo, se les regaña y no entienden y se enfadan y les tratan realmente mal. Yo veo partos que no hacen más que gritarles a las mujeres, que a veces no entienden, que se les regaña por cosas que son naturales, desde su cultura siempre ha sido así” *Médico Hospital de la Mujer SCLC.*

“Las mujeres tienen miedo de acudir a la ciudad porque en los hospitales las tratan como basura” *médico de Chenalhó.*

“Los doctores nos regañan, nos dicen que porqué hasta ahorita traemos nuestros hijos enfermos cuando están graves” *Madre de Chenalhó.*

“El trato es pésimo” *Madre de San Cristóbal.*

“Las señoras tienen poca confianza, porque las tratan mal” *Partera de Chenalhó.*

“En el Centro de Salud nos atienden mal porque no hay doctores que nos atiendan de buena manera” *Madre de Chenalhó.*

En el municipio de San Juan Cancuc el trato referido por las madres y agentes de salud es mejor y quienes han participado en los diferentes grupos focales sólo manifiestan recibir un trato discriminatorio cuando se desplazan a los Hospitales de San Cristóbal. Esto es congruente con lo manifestado también en la aplicación de cuestionarios, donde menos de un 2% señaló no estar contenta con los servicios de salud, frente al 30% de las madres de Chenalhó y San Cristóbal que respondieron no estarlo.

La dispersión geográfica de los municipios dificulta el acceso a la atención médica. La distancia de algunas comunidades hasta la cabecera municipal puede ser de hasta 2 horas en Chenalhó y más de 3 en Cancuc; en el caso de San Cristóbal esta se reduce. Debido a la mala infraestructura en caminos y carreteras con la que cuentan los municipios de Cancuc y Chenalhó lo que hace que algunas comunidades se queden prácticamente aisladas con imposibilidad de recibir atención médica.

2.3.3. Calidad de la atención a la Salud

Los establecimientos, bienes y servicios de salud no son apropiados desde el punto de vista científico y médico. La rotación permanente de personal, la escasez de medicamento, la falta de instalaciones y, en las unidades clínicas existentes la carencia del equipo hospitalario suficiente genera una nula calidad en los servicios de salud a las que tienen acceso las niñas, niños y sus familias en las comunidades analizadas.

2.3.4. Aceptabilidad del Derecho a la Salud

La atención que se brinda en los centros de salud carece de un enfoque intercultural que permita su integración y adaptación al contexto de las comunidades. En ningún centro de salud hay una buena combinación entre la medicina alópata y medicina natural de la comunidad. Esto se constata en que en algunos centros no hay relación con las parteras de la comunidad y mucho menos con los médicos tradicionales, la mayoría carecen de letreros en lengua indígena. Los centros de la Secretaría de Salud carecen, por lo general, de personal sanitario que hable la lengua, lo que dificulta la relación con los pacientes y su ejercicio profesional. Y el mismo personal de salud lo reconoce.

"No es lo mismo que te lo diga un médico a que te lo diga otra persona y cuando los traductores no son profesionales de las salud, sino personas de la comunidad "a veces no dice o no traduce bien algo que va ser importante para la paciente" *Médico de San Juan Cancuc*

2.4 Derecho a la Educación

Los avances en las últimas décadas sobre neurociencias, han permitido establecer que desde el nacimiento y en los primeros años de vida es cuando se producen los mayores cambios, tanto anatómicos como funcionales, en el cerebro del ser humano, siendo el período en el que éste cuenta con mayor plasticidad. Dichos avances fueron los

que llevaron a reconocer en la Conferencia Mundial de Educación para todos (Jomtien, 1990) que el aprendizaje comienza desde el nacimiento.

Es por ello tan importante que niñas y niños reciban estímulos, cuidado y atención por medio de actividades sistematizadas y diversas en condiciones ambientales adecuadas, ya que la atención y el cuidado en estos primeros años repercutirá, de manera notoria, y tendrá efectos significativos sobre el desarrollo cerebral, el comportamiento y el aprendizaje en etapas posteriores (Mustard, 2006).

En los municipios que han formado parte del estudio este aspecto es relevante, puesto que recibir una educación de calidad en los primeros años, es una oportunidad, además de un derecho, que sin duda contribuye a mejorar la situación de rezago y pobreza en la que se encuentran la población.

Los municipios de Chenalhó y San Juan Cancuc, se encuentran entre los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano del país, contando con un alto rezago educativo y analfabetismo entre su población.

En relación a la primera infancia y la educación formal nos centramos en la educación inicial, definida por la Secretaría de Educación Pública (SEP) como:

"La Educación Inicial es el servicio educativo que se brinda a niñas y niños menores de seis años de edad, con el propósito de potencializar su desarrollo integral y armónico, en un ambiente rico en experiencias formativas, educativas y afectivas, lo que permitirá adquirir habilidades, hábitos, valores, así como desarrollar su autonomía, creatividad y actitudes necesarias en su desempeño personal y social"[15]

2.4. 1. Disponibilidad del Derecho a la Educación

La Educación Inicial, siguiendo con la SEP, se dividiría en dos etapas, educación inicial hasta los 3 años y educación preescolar de 3 a 5 años. En ambas existen diferencias significativas que vienen marcadas por la obligatoriedad de la segunda etapa que forma parte de la educación

15 Disponible en http://www.sep.gob.mx/es/sep1/sep1_Educacion_Inicial#.U4Xoufl5Pos. Fecha de consulta: 3 de junio de 2014.

básica desde el año 2002[16].

La cobertura en la primera etapa, anterior a los 3 años, presenta graves deficiencias y diferencias municipales que impiden que la mayoría de las niñas y niños menores de 3 años puedan ejercer su derecho a recibir educación. La oferta pública se brinda a través de Centros de Desarrollo Infantil (CENDI) y Centros de Asistencia Comunitaria (CAIC), ambos pertenecientes al DIF-SEDESOL, así como en las guarderías del IMSS y los Servicios de Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil del ISSTE.

En los tres municipios existen claras diferencias respecto a la oferta educativa. San Juan Cancuc, por ejemplo, no cuenta con ningún centro que brinde educación en esta etapa, Chenalhó cuenta con dos Estancias Infantiles del DIF en su cabecera municipal y San Cristóbal de las Casas con 19 (18 DIF y 1 del IMSS), las cuales en su mayoría están ubicadas en la cabecera municipal.

Por tanto, el ejercicio de este derecho por parte de las niñas y niños en esta etapa, está condicionado por dos factores: I) el lugar donde vivan y II) que sus padres trabajen y tengan un contrato laboral formal, requisito para acceder a este servicio educativo. Este segundo aspecto resulta limitante, puesto que la mayoría de los padres y madres en los tres municipios trabajan informalmente.

Fuera de la oferta pública, existen otras iniciativas para este grupo etario, aunque dichas ofertas se concentran también en la cabecera municipal de San Cristóbal. Por una parte, estarían las guarderías privadas y, por otra, asociaciones civiles y organizaciones sin ánimo de lucro que brindan servicios de educación inicial.

A través de los diálogos mantenidos con padres y maestros, se logró constatar que además de la escasez de la cobertura pública, ésta es desconocida por la gran mayoría.

En la etapa preescolar, la oferta educativa se amplía en los tres municipios, llegando a la mayoría de las comunidades. Según datos de SEDESOL, San Juan Cancuc cuenta con 41 centros educativos que imparten educación preescolar, Chenalhó con 72 y San Cristóbal con 133.

Sin embargo, los datos obtenidos para la presente

---

16 Se realizó mediante las modificaciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de los artículos 3º (en su párrafo primero, fracciones III, V y VI) y del artículo 31 (en su fracción I).

muestra constatan que menos de la mitad de las niñas y niños de 3 a 5 años ejercen su derecho a la educación. En la tabla 28 se presenta datos comparativos de los tres municipios.

Tabla 28. Niñas y niños en preescolar		
Municipio	INEGI 2010 %	Muestra 2013 %
San Juan Cancuc	32	37
Chenalhó	39	36
San Cristóbal	59	66
Total (promedio)	**43**	**46**

Como se puede observar, el porcentaje de escolarizados en preescolar es similar en los municipios de San Juan Cancuc y Chenalhó, teniendo un aumento significativo de 30 puntos porcentuales en la escolarización de esta etapa en el municipio de San Cristóbal.

Por localidades, las brechas son más notables. Así, por ejemplo, en la cabecera de San Cristóbal encontramos que 8 de cada 10 niños están escolarizados en preescolar, mientras que en La Libertad sólo 1 de cada 10 están escolarizados en esta etapa.

Por edad, en los tres municipios se da la misma tendencia, a más edad aumenta la probabilidad, siendo las niñas y niños de 5 años los que, en mayor medida, están escolarizados. En la siguiente tabla se presentan los datos obtenidos al respecto en los tres municipios.

Tabla 29. ¿Asiste a preescolar?						
Municipio	1° (3 años)		2° (4 años)		3° (5 años)	
	N°	%	N°	%	N°	%
San Juan Cancuc	3	13%	9	45%	10	67%
Chenalhó	2	8%	9	41%	11	79%
San Cristóbal	6	33%	15	79%	16	84%
Total	**11**	**18%**	**33**	**55%**	**37**	**77%**

Las dos comunidades que presentan el menor número de asistentes en la brecha de los 5 años son La Libertad y San Juan Cancuc, donde sólo 5 de cada 10 niños están inscritos. En términos generales, la mayor tendencia de

asistencia a esta edad se debe, por una parte, a que lleva más años implementado el sistema a esas edad y, por otra, a que los padres ingresan a los niños en el tercer año porque ahora ya se pide certificado de preescolar para que puedan ingresar a la primaria.

2.4.2 Accesibilidad del Derecho a la Educación

En cuanto a la accesibilidad, se ha encontrado en los diálogos mantenidos con los diferentes actores algunas dificultades. Las más frecuentemente señaladas fueron: la falta de acta de nacimiento de muchas niñas y niños, que haya que pagar inscripción, el corto horario de los preescolares y las largas distancias que existen a las escuelas, además, de acuerdo a testimonios de madres y padres que no tiene importancia porque muchas veces no es requisito para entrar a la primaria.

Algunos de los problemas para ejercer este derecho coinciden con los encontrados para ejercer su derecho a la salud, esto es: la dispersión geográfica, la escasa y mala infraestructura de caminos y carreteras, la ausencia de transporte interno (presente sólo en la cabecera de San Cristóbal) y el clima (que en época de lluvias hace los caminos intransitables), por mencionar algunos. Estas observaciones son congruentes con las realizadas para una consultoría realizada por Burguete y Solis (2010)[17] para la construcción de una agenda municipal en San Juan Cancuc y otros municipios de los Altos.

Al margen de los factores señalados, ser niña es una condición que dificulta el acceso a recibir educación y, por tanto, al ejercicio del derecho. En este estudio se ha constatado que esta diferencia comienza en el nivel preescolar, ya que en los tres municipios los hombres tienen un mayor grado de escolaridad que las mujeres.

Este resultado se puede explicar por los usos y costumbres, además, desde la primera infancia las mujeres tienen una gran carga de tareas domésticas; en los talleres realizados en dos de los municipios, expresaron, mayoritariamente, tener que cuidar a sus hermanos e ir a por agua, como las tareas más habituales.

17 Disponible en: http://www.regionalcentrelac-undp.org/images/stories/DESCENTRALIZACION/boletin/chiapasesp.pdf. Fecha de consulta: 15 de mayo de 2014.

“Nos venden la idea de que estamos hechas para casarnos y para tener hijos y que no estamos hechas para la escuela” *Madre de familia en San Cristóbal*

“ Y Algunos hombres dicen que las cuentas para cocinar no se necesitan” *Madre de familia en San Cristóbal*

En este sentido, se ha encontrado que el acarreo de agua limita el ejercicio de la educación. Los resultados en dos municipios informan que tener agua entubada aumentaba la probabilidad de escolarización de las niñas. En el municipio de Chenalhó 7 de cada 10 niñas que tienen agua entubada en su casa acuden al preescolar, frente a 3 de cada 10 que lo hacen cuando el agua procede de un pozo o tanque comunal y 1 de cada 10 lo hace cuando el agua procede de un manantial. En el municipio de San Juan Cancuc se observa la misma tendencia, siendo la diferencia menos acusada para las dos primeras condiciones, en donde 3 de cada 10 acuden a la escuela, indistintamente si el agua de sus vivienda es entubada o proviene de un pozo o tanque comunal, frente a 1 de cada 10 que acude a la escuela cuando el agua de su vivienda procede de un manantial. En el caso de los niños no se observó el mismo efecto para esta condición.

Esto, además, es congruente con la información dada por uno de los participantes en grupos focales de una organización quién afirmó que un resultado colateral, que habían encontrado es que los tanques de agua estaban incidiendo en que las niñas acudan mucho más a la escuela, porque ya no tienen que cargar el agua.

Además, en los diálogos mantenidos con los diferentes actores, se ha constatado que en ocasiones por falta de recursos, los padres se ven obligados a priorizar la educación de alguno de los hijos frente a los otros, en estos casos, independientemente de las capacidades y las aptitudes que muestre cada uno, las niñas usualmente son la última opción.

"Si no alcanza el dinero mejor que estudie el niño"
Sanando Heridas AC

"La resistencia que la familia impone a la niñas para asistir a la escuela y mantenerse en la escolaridad es mínima" *Chantiik taj Tajinkutik*

Aunque en este estudio sólo se pretende dar cuenta de lo que pasa con este derecho en la primera infancia, estas condiciones se mantienen a lo largo de todo el proceso educativo, siendo para todos los municipios los hombres los que cuentan con mayor escolarización, mientras que la mayor tasa de analfabetismo y el rezago educativo la tienen las mujeres. Los embarazos en la adolescencia fue el aspecto identificado, por todos los agentes, como principal motivo de abandono del proceso educativo por parte de las niñas.

Otra de las condiciones que limita el ejercicio del derecho a una educación es sufrir alguna discapacidad, en este caso ya sea que por miedo o por vergüenza deciden no llevarlos.

Esto es resultado de la concepción que existe sobre las discapacidades en los municipios y en sus comunidades, ya que ésta se concibe como un "castigo", a veces divino y a veces como resultado de una mala acción o burla que los padres tuvieron hacia otra persona.

Los profesores de preescolar que participaron en los grupos focales de los tres municipios, manifestaron no tener alumnos con discapacidad. En cambio, en el trabajo de campo se constató la existencia de niñas y niños de este grupo etario con discapacidad, tanto física como intelectual, que no estaban en la escuela. Alguna de las madres encuestadas contaba con un hijo con problemas de movilidad y que no iba a la escuela, otras mujeres mencionaron que si a las niñas y niños les faltaba un pie o una mano no iban a la escuela y, de manera anecdótica mencionaron, que un niño no lo habían dejado estudiar en la comunidad porque no había la infraestructura y recursos humanos para atenderlo. La realidad es que los centros educativos ni son accesibles ni hay capacitación en la mayoría de los casos para atender a niñas y niños que tienen necesidades educativas especiales.

En los tres municipios hay factores propios que favorecen el alto ausentismo, según lo señalan los maestros los niños suelen faltar a clases por el clima, la

distancia que tienen que recorrer para llegar y cuando tienen que ayudar en el trabajo de los padres.

"Se da mucho cuando es época de lluvia porque los niños viven lejos y por eso los papás no los mandan, el porcentaje será del 30% cuando hace mal tiempo" *Maestro de primaria*

Hay otros dos factores que impiden a las niñas y niños ejercer su derecho a la educación: I) los usos y costumbres y II) la alta prevalencia de enfermedades en la primera infancia. Las niñas también se ven obligadas a faltar más por sus quehaceres domésticos.

Bajo esta línea, la Unicef (2013) señala que la Tasa Neta de Asistencia para niños de 3 a 5 años en San Juan Cancuc es de 26.6% y para Chenalhó de 32.7%.

"El ausentismo es muy alto en la cosecha del café y en las ferias, tienen las tradiciones muy arraigadas" *Maestro de primaria*

2.4.3 Calidad en el Derecho a la Educación

A través de las observaciones hechas en el trabajo de campo y los diálogos mantenidos con los diferentes agentes educativos, se puede establecer que la mayoría de preescolares no cuentan con las instalaciones adecuadas. Los materiales con los que están construidos los salones son endebles, además que en la mayoría existe una ausencia de servicios básicos, el mobiliario no siempre está adaptado a sus necesidades; y se observa una ausencia de zona de juegos y las niñas y niños están expuestos a diferentes riesgos.

"Hay jardines donde hay cuatro grupos, tienen dos aulas bien construidas y las otras dos son de madera, lámina o plástico donde pasa el frío por todos lados" *Supervisora de preescolar San Cristóbal.*

"A algunos les faltan servicios sanitarios, a veces sólo está la pura aula, hay falta de higiene en las aulas no hay con que lavar" *Supervisora San Cristóbal*

"Sin luz no se puede implementar nada" *Maestro de Cancuc*

"Hay zonas de peligro, por ejemplo en este jardín existe un barranco y es un peligro para los niños" *Maestra de preescolar de Cancuc.*

En la entrevista realizada a la supervisora de preescolar de San Cristóbal estimó que alrededor de 40% de las instalaciones se encuentran en mala situación.

En educación preescolar, al igual que en los otros niveles de educación básica obligatoria, se cuenta con el Programa de Escuelas de Calidad (PEC). Sin embargo, la mayoría de los preescolares no están adscritos, ya que ésta es voluntaria y muchos de las maestras y maestros lo desconocen.

A través de lo expresado por los agentes educativos y por las madres y padres, se puede decir que estos no participan en la dinámica escolar de sus hijos, su única participación se limita a la asistencia a alguna reunión, aunque mencionan que muchos no acuden.

En cuanto al material educativo y didáctico, de manera general se observó la presencia de pocos recursos al respecto. Algunos preescolares carecían de juegos infantiles, pinturas, lápices de colores, juegos, plastilina, cuentos, juguetes y otros materiales didácticos. Además, los maestros de preescolar señalaron que "el apoyo para el material didáctico es mínimo".

En cuanto al número de maestros, estos son unitarios e imparten todas las materias, no hay maestros para todas las disciplinas como música o educación física.

A modo de resumen, se puede decir, a través de todos los datos recabados, que el derecho de las niñas y niños de recibir una educación inicial que sea inclusiva y de calidad no es el adecuado.

3. DOMINIO PROTECCIÓN

Las niñas y niños de primera infancia son especialmente vulnerables a múltiples riesgos que pueden comprometer su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

Por las características de esta etapa es difícil que puedan evitarlos, dependiendo de otros para que les ofrezcan protección.

3.1. Protección contra el abandono

En los municipios de San Juan Cancuc y Chenalhó se ha constatado, a través de la información recabada, la existencia de abandonos de niñas y niños, la mayoría de ellos siendo bebés, que eran dados o regalados por sus madres a otras personas, normalmente de la comunidad, para que asumieran las responsabilidades de cuidado de la niña o niño. La falta de recursos para mantenerlos usualmente está detrás de las historias de abandono. Las tipologías de abandono más referidas fueron tres:

1) Madres *adolescentes* *"una muchacha que quería matar a su bebé porque no lo quería tener, porque era hijo de un soldado y ella solo fue engañada. Entonces mi papá decidió traer al bebé y él fue quien lo cuido y ahora el niño vive con mis papás y tiene 12 años"* madre de Chenalhó.

2) Nacimiento de gemelos *"yo soy partera, a veces he encontrado bebés que nacen gemelos y son familias que no les alcanza el dinero, es ahí donde regalan a sus hijos, lo hacen por necesidad. Yo tengo una niña que su mamá tuvo gemelos"* partera de Cancuc.

3) Padres que abandonan sus hogares y sus responsabilidades *"hay mujeres que cuando son dejadas regalan a sus hijos"* madre de San Juan Cancuc.

3.2 Protección contra el maltrato

La OMS en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, define al maltrato como "todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder" (OMS 2003).

A través de la información recabada se puede establecer que la violencia familiar y el maltrato están muy presentes

en los tres municipios, siendo las amenazas y el castigo físico la herramienta más utilizada por los padres para corregir el comportamiento de sus hijos e hijas. Los agentes educativos refieren que la mayoría de los padres y madres pegan regularmente a sus hijos y las madres de familia reconocen que en el hogar utilizan el castigo como forma de corregirlos.

"Los padres para que obedezcan sus hijos lo que hacen es pegarles, jalonearlos, hablarles fuerte, amenazarlos con el cincho y atemorizarlos" *Maestra de San Cristóbal.*

"Yo le pego en su manita, su cachetada, si está más grande si le doy con cinturón, mi marido si les pega" *Madre de San Cristóbal*

"Mi marido me dice que hay que saber pegar, primero hay que llamarles la atención y si no entienden se les pega con un cinturón o con una chancla, en las manos o en los pies" *Madre de Chenalhó.*

Si las niñas y niños padecen alguna discapacidad, son especialmente vulnerables a las formas crueles de maltrato, tal como lo refirieron desde una organización (World Vision refiriéndose a Ocotepec)

"Me ha tocado ver a madres que tienen a sus hijos encerrados o enjaulados por una discapacidad". *Word Vision, México*

También se ha constatado que la mayoría de las niñas y niños de los tres municipios viven ambientes de violencia en el interior de sus familias.

"Mi marido toma antes de llegar en la casa, pide su comida y no hay nada de comer, como yo no quería que me pegaran salía corriendo de mi casa" *madre de Cancuc.*

"Hay algunas mujeres que se enfrentan con sus maridos se pegan con palo o sartén" *Madre de San Juan Cancuc.*

"Gritan dentro de la casa y cuando toman pegan a su mujer" *Partera de San Juan Cancuc.*

"Hay parejas que sólo viven con sus hijos y cuando inician a golpearse nadie se encarga de cargarlo para salir corriendo, ha habido casos así, a veces las mamás agarran el niño y lo avientan por la ventana y ahí se lastima" *Madre de San Juan Cancuc.*

Por tanto, cuando la violencia no es ejercida directamente hacia las niñas y niños, estos son testigos de la violencia en sus hogares, ejercida habitualmente hacia su madre, lo que los coloca en una situación de indefensión y miedo al depender emocionalmente de sus cuidadores principales.

Todo ello repercute negativamente y tiene graves consecuencias en todas las áreas de su desarrollo. Su integridad física también corre riesgo, y de igual forma en su salud física y estado de nutrición.

"Un porcentaje muy alto de los niños desnutridos que encontrábamos, eran causados por violencia. Cada episodio de violencia de la mamá el niño recaía" *Chantiik taj Tajinkutik*

Además las niñas y niños también son testigos de la violencia generalizada presente en sus comunidades, donde son frecuentes las peleas y linchamientos en el ámbito público.

Existen otras situaciones en las que se observó la existencia de negligencias, entendidas estas como faltas de cuidado o descuido. Estas se dan en el plano físico (falta de supervisión, desatención de necesidades básicas), emocional (falta de afecto y estimulación, exposición a la violencia), de salud (no se proporciona la atención médica necesaria) y en los aspectos educativos (inasistencia escolar). Si bien es cierto que muchas omisiones de cuidado son fruto de las condiciones de pobreza, exclusión, marginalidad, de la situación de sumisión y maltrato en la que viven las mujeres, de las carencias educativas de los padres, del elevado número de hijos y de la falta de recursos, no se puede obviar que

éstas originan un daño real que compromete el desarrollo normal de las niñas y niños, llegando, en algunas ocasiones, a tener consecuencias irreparables o incluso provocar su muerte.

3.3 Protección contra el uso ilícito de sustancias

El consumo de alcohol es la sustancia que mayor prevalencia ha mostrado en su consumo. En la encuesta no se han encontrado diferencias municipales, siendo motivo de algún tipo de preocupación para el 86.7% de las entrevistadas, lo que nos da un indicador de la magnitud del problema.

Los usos y costumbres hacen que el alcohol, concretamente el llamado posh[18], esté presente desde el nacimiento en la vida de niñas y niños, al ser la principal bebida usada en ceremonias y celebraciones.

"Toman trago todos, hasta el recién nacido le pasan en la boca un poquito de trago, porque dicen que si no comparten el trago, la bendición se desaparece" *Madre de Cancuc.*

Aunque en los talleres llevados a cabo con niñas y niños de primera infancia no se ha detectado el consumo de alcohol, no se puede obviar las voces que expresaron, aunque sean minoría en los diferentes grupos focales, la presencia de consumo a edades muy tempranas. Aunque la mayor prevalencia, señalada por la mayoría de los actores, se situaría a los 12 o 13 años de edad, cuando comienzan la educación en el nivel secundaria.

"En alguna comunidad donde trabajamos, los niños no van a la escuela y están con el charrito desde los 7 u 8 años" *World Vision.*

"Ahora veo cuando voy al mercado los niños de 6 a 10 años que ya están tomando y fumando cigarros" *Madre de Cancuc.*

"Aquí hay mucho alcoholismo, con 12 o 13 años ya llevan la botella en el morralito" *Personal de salud, San Juan Cancuc.*

---

18 El posh (también escrito como pox) es un aguardiente elaborado a base de maíz, muy importante en la cultura maya, que se utiliza de manera ceremonial, pero también como símbolo de fraternidad entre la comunidad.

Sin embargo, los niños pequeños sufren los efectos del alcohol, que actúa como potenciador de la violencia hacia ellos mismos y hacia sus madres.

"Hay niños pequeñitos que ya dicen que llegó borracho su papá y le pegó con un leño a su mamá" *Supervisora de preescolar de San Cristóbal.*

"En la comunidad siempre hay peleas por el trago" *Madre de San Juan Cancuc.*

El alcohol es un grave problema social, que afecta a casi todas las familias, siendo responsable de la violencia generalizada que se da en los tres municipios y la causa de la mayoría de los conflictos sociales, según señalaron la mayoría de los actores sociales.

3.4 Protección contra el trabajo infantil

El trabajo de niñas y niños sería "una actividad, no necesariamente remunerada, que responde a una necesidad material inmediata o a corto plazo, de uno mismo y/o de otras personas y que debe a la vez contribuir a la formación y a la dignidad de quien lo realiza" (Melel Xojobal, 2012:193).

La realidad en los tres municipios, es que las niñas y niños desde edades tempranas comienzan a realizar trabajos dentro y fuera del hogar. En la tabla 30 se pueden ver los resultados de la información recabada en los tres municipios en las y los entrevistados:

Tabla 30. Trabajos que realiza

Municipio	Parcela %		Cuidado animales %		Cuidado hermanos %		Quehaceres de la casa %	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas
San Juan Cancuc	3	----	26	12	6	2	11	22
Chenalhó	7	7	2	----	2	2	----	5
San Cristóbal	8	8	3	3	5	3	5	14
Total	**6**	**5**	**10**	**5**	**4**	**2**	**5**	**14**

En los tres municipios, aunque con ligeras diferencias, las niñas y niños de 2 años o más realizan trabajos dentro y fuera de su hogar. A temprana edad ya se observan diferencias por género, siendo los quehaceres de la casa una actividad que realizan más las niñas y el cuidado de animales el que realizan más los niños.

En la ciudad de San Cristóbal, a través de un conteo no participativo de niñas y niños trabajadores, que Melel Xojobal realizó en el mes de febrero del 2014, siendo esta temporada baja, contabilizó a 944 niñas y niños de 6 años o menos que realizan algún trabajo o acompañaban a otros en la realización del mismo. El conteo se realiza únicamente en el ámbito público, por lo que el trabajo doméstico no aparece reflejado. En este grupo de edad, 9 de cada 10 eran indígenas, habiendo la misma proporción de niños y niñas. La venta de alimentos, artículos varios y artesanía fueron las actividades que mostraron mayor prevalencia.

Con toda la información recabada se puede establecer que el trabajo en la primera infancia indígena es una realidad en los tres municipios estudiados. Este es consecuencia de las profundas desigualdades sociales y las condiciones de pobreza en la que viven. En este sentido, los datos del módulo de trabajo infantil presentados por INEGI[19] (2011), señalan que 6 de cada 10 niños tendrían consecuencias para ellos mismos si dejasen de trabajar y para 4 de cada 10 las consecuencias serían para su familia.

No se entrará en este estudio en la discusión de si tienen derecho o no a trabajar, lo único que se pretende es visibilizar esta realidad, así como las condiciones en las que se desenvuelve su trabajo, que como veremos no son las más adecuadas. En este sentido, muchas veces las niñas y niños de primera infancia realizan trabajos sin la supervisión adecuada, en lugares insalubres (p.e., basurero), o peligrosos (p.e., río, calle) o están expuestos a riesgos (p.e., fuego, herramientas peligrosas, productos químicos). Todo ello les expone a sufrir accidentes o recibir daños de terceros, que pongan en juego tanto su integridad física como su salud.

A través de la información recabada, tanto los niños como el personal de salud constataron dichos accidentes.

19 Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/modulos/mti/mti2011/default.aspx. Fecha de consulta: 20 de Mayo de 2014.

"Aquí tenemos que curar a niños de 6 o 7 años por accidentes en el trabajo, principalmente con el machete" *Médico de Sn Juan Cancuc.*

4. **LAS NIÑAS Y NIÑOS EN EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS**

Con la finalidad de hacer un contraste con los datos cuantitativos y cualitativos de los diferentes actores sociales consultados y con el objetivo de recoger la palabra de las niñas y niños en los mismos indicadores y dominios seleccionados del estudio, se llevaron a cabo 8 talleres participativos en primer grado de educación primaria con niñas y niños entre 6 y 8 años, en escuelas de las cabeceras municipales de San Cristóbal de las Casas, Chenalhó y San Juan Cancuc, utilizando la metodología *"Mapa del cuerpo"* para ahondar en indicadores clave como son la salud, alimentación, protección y participación.

El taller consistió en trabajar en subgrupos divididos por género sobre una silueta de niña o niño colocada en el piso, en la cual tenían que ponerle nombre, edad e identificar órganos y funciones principales, el facilitador iba abordando los temas con preguntas generadoras, por ejemplo; ¿Cómo se alimenta? ¿De qué se enferma ese niño o niña? ¿Cómo lo curan? ¿Quién lo hace? ¿Por qué suelen faltar a la escuela? ¿Cómo es su vida cotidiana? ¿Quién los cuida y como es la relación con sus padres y familia?

Asimismo, se fueron abordando medidas de protección y cuidados hacia ellos, por ejemplo; ¿cuáles son las formas de curarse?, ¿Cómo son tratados en su hogar y en la escuela? Esta metodología permite que las niñas y niños vayan relacionando los temas con su propia experiencia y que compartan anécdotas específicas y personales.

Participaron en total 63 niños y niñas, siendo el 54% mujeres y 46% hombres.

Los resultados se presentan conforme a los tres dominios del estudio: Supervivencia abordando el derecho a una alimentación sana, Desarrollo que incluye el derecho a la salud y a la educación, y Protección referente a la protección contra el maltrato, trabajo infantil y a cuidados necesarios que deben recibir por parte de sus padres y/o familia.

4.1 Dominio 1 Supervivencia: derecho a una alimentación sana

4.1.1 "Lo que comemos"

Todos los niños y niñas en los tres municipios, mencionaron que consumían alimentos sanos en su hogar, refiriéndose primero a la base de la alimentación tradicional (frijoles, tortillas, verduras, pozol, algunas frutas) y alimentos que proveen de proteínas como pollo, res, pescado, por mencionar algunos, identificaron con certeza que es una alimentación sana y variada y también que es necesaria para crecer y vivir felices, sin mencionar la cantidad y frecuencia de consumo de estos alimentos

"QUÉ COMEMOS"

"Comemos frutas, verduras, arroz, frijoles, caldo de res y pollo, atún, pescado, "sats" (gusano de árbol), tamales, tortillas, pozol, café, té, soya"

"En la casa mi mamá prepara frijoles, tortilla y verduritas, también tomamos pozol"

"Comemos mucha "chuchería" (productos industrializados) y refresco embotellado"

"Tomamos mucho refresco"

"Comemos muchas Sabritas®, totis, paletas, papas, chicles"

"Comemos mucha chuchería"

"A veces estoy triste y me duele el corazón porque solo tomamos agua"

Sin embargo también señalaron en los tres municipios que habitualmente consumen "productos chatarra" y refrescos embotellados, incluso algunos niños señalaron que en algunas ocasiones estos productos suelen sustituir un tiempo de alimentación como el desayuno o la comida.

Cabe destacar que en el municipio de Chenalhó, la mitad de las niñas y niños mencionaron estar tristes porque a veces no consumen ningún alimento y solo llegan a tomar agua.

4.2 **Dominio 2 Desarrollo: derecho a la educación**

4.2.1 "Faltamos a la escuela"

La mayoría de las niñas y niñas de San Juan Cancuc y Chenalhó señalaron que suelen faltar a la escuela porque deben ayudar a sus padres en labores de la casa y el campo, que esta responsabilidad suele ser adquirida a partir de los 5 años de edad, las niñas tienen que apoyar en las labores de la casa y en el cuidado de hermanitos menores, muchas veces bebés de menos de un año. Los niños acompañan en las labores del campo como en la cosecha de café y maíz, tanto niñas como niños tienen la responsabilidad de ir a recoger leña, es una tarea que muchas veces deben cumplir para poder asistir a la escuela. Esto suele ocurrir una o dos veces por semana, y en tiempo de cosecha suelen faltar semanas enteras.

AUSENCIA ESCOLAR

"Apoyamos a nuestros padres en las labores de cosecha"

"Debo ir con mis papas a la cosecha muy temprano (maíz o café)"

" Ayudamos en los quehaceres de la casa"

"Tengo que ir a traer leña y agua"

"Debo cuidar a mis hermanitos"

"No voy una vez a la semana a la escuela porque tengo que cuidar de mi hermanito"

"Caminamos mucho para llegar a la escuela"

"Me canso porque camino mucho para llegar a la escuela"

"Pesan mucho los libros"

"Sentimos mucho frío y temblamos en la escuela cuando hace frío"

Es importante señalar que las niñas les destinan con mayor frecuencia los roles de aguadoras en las cosechas y de cuidadoras de hermanitos, por ello, son ellas quienes dejan de asistir con mayor frecuencia a la escuela o no culminan el grado escolar.

En San Juan Cancuc mencionaron sentir frío por no tener ropa adecuada que los proteja, además expresaron no llevar sus libros de texto a la escuela y que solo contaban con una libreta, además de que debían caminar mucho para llegar y los libros pesaban mucho y evitaban llevarlos.

En contraste, las niñas y niños de Chenalhó y San Cristóbal de las Casas, no mencionaron tener problemas en la escuela, más que sentir frío en invierno.

4.3 Dominio 2 Desarrollo: derecho a la salud

4.3.1“Nos enfermamos”

Tomando en cuenta el concepto de salud establecido por la OMS que se refiere a un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de afecciones y enfermedades. Este concepto incluye la alimentación sana, la atención a enfermedades y los cuidados por parte de los adultos responsables. Se les pregunto a las niñas y niños normalmente ¿de qué se enferman? las niñas y niños de los tres municipios padecen afecciones muy similares como; enfermedades gastrointestinales, respiratorias, infecciones de la piel, ojos, parasitosis, deficiencias de micro nutrimentos y que están estrechamente vinculados con los determinantes sociales abordados en los hallazgos cuantitativos como la carencia de agua segura, vivienda adecuada, hábitos de alimentación que se relacionan con la disponibilidad y el acceso por mencionar algunos.

Las diferencias entre cada municipio radican en la forma en que las niñas y niños reportan como las enfermedades son atendidas y tratadas y la protección y cuidados que los padres y el sector salud brindan a los niños para que recuperen su salud.

NOS ENFERMAMOS DE

Enfermedades gastrointestinales, respiratorias, parasitosis:

“Nos da dolor de estómago, dolor de cabeza, fiebre, vómitos, diarrea, tos y gripa, piojos y lombrices”

“Me duele la panza cuando tengo lombrices”

“Tenemos lombrices”

“Me duele ir al baño sea por pipí o popó porque salen lombrices y sangre”

“no lavamos lo que comemos y nos enfermamos”

“El pulmón se llena de gripa y tos, toso como loca”

“Tengo mucha flema y moco”

“Frío en la panza, tenemos como reuma”

“Tenemos dolor de garganta, tos y gripa”

“Me baño pocas veces, siempre con agua fría”

“No me lavo las manos”

Infecciones de la piel, de los ojos y del oído

“Nos salen granitos y ronchas en la piel y en boca, infecciones en los ojos; alergias; dolor de oídos”

“Cuando duermo tengo mucho chel, (lagañas) amanezco con los ojos cerrados porque entra mucho polvo”

Padecemos otras enfermedades (deficiencias nutricionales, caries)

“Mareos y sangre en la nariz, caries en los dientes y reumas”

Así, las enfermedades gastrointestinales y respiratorias, así como alergias, infecciones en la piel, ojos u oídos y otras que son comunes a los niños y niñas, son afecciones que todos los niños manifestaron haber tenido alguna vez y también identificaron el mecanismo que utilizaron sus padres para que ellos mejoraran.

Los niños y niñas de los tres municipios, tienen en común tener parásitos: lombrices. No obstante, los de San Cristóbal, utilizaron el término “desparasitante”, lo cual significa que están familiarizados con tomar medicamentos con este fin. En contraste, los niños y niñas de San Juan Cancuc, refirieron “quitarse los lombrices” con hierbas o medicinas en tanto las niñas y niños de Chenalhó, ni siquiera lo mencionaron.

Otro parásito común fueron los piojos, ninguno de las niñas y niños de los tres municipios menciono algún mecanismo para quitarse estos parásitos. Lo anterior, es relevante mencionar porque podría significar que

inconscientemente no es considerado como un problema de salud y es parte de su cotidianidad.

Los niños y niñas de San Juan Cancuc y Chenalhó, mencionaron que tienen caries y que les duele las muelas. Contrasta con seguridad, cuando también mencionaron que no es costumbre lavarse los dientes durante el día y que a veces lo hacen solo por las noches. En contraste, los niños y niñas de San Cristóbal ni siquiera mencionaron las caries como un problema de salud.

4.3.2. Atención a las enfermedades "Nos curan"

En cuanto a atención a las enfermedades que refieren padecer fue evidente que todos los niños y niñas dijeron que sus padres les daban medicinas para curarlos cuando se enfermaban de tos, gripa, fiebre, enfermedades de la piel y cualquier dolor que tuvieran. No obstante, también hay niños, que refirieron que sus padres utilizan las hierbas en tés o infusiones para el dolor de oído, hoja de guayaba para la comezón de la piel y en general dijeron que suelen usarse hojas o hierbas medicinales sobre todo en San Juan Cancuc y Chenalhó, y que acuden al hospital para que puedan acceder a medicina gratuita y si no hay mejoría con los remedios naturales utilizados por sus padres.

Atención a las enfermedades: "CÓMO NOS CURAN"

Con medicinas:

"Para el dolor de cabeza y cuerpo, para la garganta, nos dan desparasitantes, para la fiebre, gotas para los ojos, pomadas, inyecciones, pastillas, suero oral"

"Nos llevan al hospital y nos dan medicina gratuita"

"Nos dan vitaminas para estar fuertes y no enfermar"

Con hierbas:

"Nuestra familia usa plantas medicinales (chichicaste, hoja de guayaba, verbena, barbicil, cáscara del elote) y con eso nos curan"

Las niñas y niños de San Cristóbal de las Casas no mencionaron el uso de hierbas medicinales, sino que

sus padres recurren a la automedicación, compran medicamentos directamente en la farmacia en lugar de ir al médico. También, mencionaron que muchas veces no hay medicina en el hospital y por esa razón, deben ir a la farmacia donde hacen una consulta con la persona que expende la medicina allí. Esto significa que muchas veces, toman como "receta médica" lo que les indica el vendedor.

4.4 Dominio 3 Protección

4.4.1 Protección contra el maltrato "Como nos tratan"

En el tema de protección, la mayoría de las niñas y niños expresaron convivir en un ambiente de violencia primero hacia ellos, sobre todo violencia física por parte de sus padres y /o hermanos mayores y luego ser espectadores de escenas de violencia hacia su madre por parte de su padre, resultado de la incidencia de alcoholismo en los

"COMO NOS TRATAN"

"Me dan patadas y mi papá me da cincho, vara y cable en la nalga y se me hincha un poco"

"Cuando me porto mal me regañan y me pegan con la chancla"

"Cuando pegan con el cable o palo, nos enfermamos del estómago y espalda porque duele"

"Papá y mamá nos dan cincho por travesura"

"Lloro cuando me pega mi hermano"

"El profe pellizca y retuerce la muñeca"

"Me pegan con cable, palo, chicote o con patadas"

"Mis hermanos grandes me pegan"

"Nos duele el corazón cuando nos pegan otros niños en la escuela"

"Papá gasta el dinero en pos (alcohol)", "hay mucho alcohol en mi comunidad"

"Tengo miedo de que mi papá pegue a mi mamá cuando toma"

"Mi papá me pega mucho porque toma cerveza y tequila"

tres municipios. Cabe destacar que fueron muy pocos niños que expresaron recibir castigos físicos por parte de sus maestros, esto solo fue encontrado en el municipio de Chenalhó.

Empero, en San Juan Cancuc y Chenalhó parece ser habitual que los niños y niñas sean golpeados tanto por los padres como por los hermanos, ya que manifestaron huir a casas de los abuelos para no ser golpeados o presenciar golpizas a las madres, cuando los padres llegan a casa ebrios. Recalcaron que esta es una escena común porque el dinero que los padres ganan se lo gastan en alcohol. Hicieron hincapié en que existe mucho alcohol en las comunidades y que ese problema involucra situaciones de violencia de manera continua.

En cuanto a cuidados infantiles relacionados con aquellas cosas que les hacen sentir felices y que los involucra en actividades cotidianas como ir a la escuela, sentirse atendidos por sus padres, colaborar en los quehaceres del hogar, se pone de manifiesto que las niñas y niños de los tres municipios diferencian con claridad los sentimientos que les causan alegría, orgullo y solidaridad.

"ME SIENTO FELIZ"

Papá y mamá me llevan al hospital o a la farmacia para que no me enferme mucho"

"Estoy contenta porque aprendo"

"Estoy feliz si como bien"

"Me lavo la cara y me peino sola y me gusta verme limpia"

"Ayudo a mi mamá a barrer en la casa para que se vea limpia"

Así también, es posible analizar las respuestas en cuanto a cuidados infantiles relacionados con limpieza e higiene en los niños, pocos dijeron bañarse habitualmente, con excepción de los niños y niñas de San Cristóbal de las Casas. Las niñas y niños de San Juan Cancuc y Chenalhó, suelen bañarse con el agua de un tinaco cuando está disponible en su hogar y no suele ser diario. Igualmente, el aspecto del lavado de dientes no es una práctica constante, y algunos mencionaron lavarse por las noches únicamente.

CUIDADOS INFANTILES

“No me cepillo los dientes”

“Me baño cada segundo día con jabón de polvo”

“Me baño con agua del tinaco cuando tiene agua”

De manera general las niñas y niños, identifican a aspectos de violencia, de carencia, de costumbres y crianza que mantienen dentro de su círculo familiar y social sobre todo en San Juan Cancuc y Chenalhó. Puede apreciarse en sus respuestas, aspectos de preocupación en ellos como el miedo y la angustia de ser golpeados o que el padre golpee a la madre. Sentirse lastimados por cortar la leña para llevar a casa; estar conscientes de que los alimentos que consumen no están siendo lavados ni lo que muchas veces consumen es lo mejor para su salud y que ellos mismos no se sientan respetados y amados. Así mismo su participación en el trabajo familiar suele colocarlos en una situación de riesgo, que si bien reportan la importancia de contribuir en la familia en tareas cotidianas, suelen lastimarse por manejar herramientas con las cuales no están aun familiarizados como el machete o prender fuego. Estas tareas empiezan a realizarlas entre los 5 o 6 años de edad.

TRABAJO INFANTIL Y RIESGOS

““A veces me quemo, cuando prendo el fuego”

“Me lastimo los pies con el machete”

“Me lastimo los pies y manos con el machete por cortar leña”

“Voy al corte de café”

“Ayudo en la casa, barriendo, a cargar agua, traer un poco de leña y a cortarla”

“Me quedo cuidando a mis hermanitos”

“Trabajo en la milpa a cosechar el elote, ayudo llevando agua para papá o abuelo

Al situarnos en el análisis de este caudal de voces, cada una desde su propio espacio, hay que recordar que la razón primordial de ejecutar este trabajo fue el de construir y aplicar un conjunto de indicadores cualitativos que permitieran visualizar con mayor precisión las condiciones en que vive la primera infancia indígena en los municipios de San Cristóbal, San Juan Cancuc y Chenalhó y estos resultados nos dan una pauta de cómo y en qué condiciones crecen, se desarrollan y sobreviven las niñas y niños en un ambiente de inequidades sociales, las cuales pocas veces se visualizan desde el punto de vista de las niñas y niños.

V. Conclusiones

La identificación de obligaciones estatales pendientes con la primera infancia indígena parte de nuestro acercamiento al ejercicio de sus derechos realizado en el presente estudio. Es decir, los señalamientos puntuales nacen de la información obtenida y no del análisis de programas o políticas públicas de gobierno. Sin duda, este podría ser un paso de continuidad para tener incluso una evaluación de la eficacia y efectividad de dichos programas, pero no fue el eje de interés en este primer acercamiento.

Antes de indicarlos, es importante señalar que el Estado entendido como el conjunto de dependencias ejecutivas, legislativas y judiciales en los niveles federal, estatal y municipal tiene obligaciones en materia de derechos humanos tal como lo señala el Artículo 1° Constitucional. Las obligaciones del Estado y, en consecuencia, de todas las autoridades públicas en el ámbito de sus competencias son cuatro:

- Obligación de Respetar
- Obligación de Proteger
- Obligación de Garantizar
- Obligación de Promover

En relación a todos los derechos (económicos, sociales, culturales, políticos y civiles) los instrumentos internacionales reconocen dos características en las obligaciones: las de carácter inmediato y las de carácter progresivo. En otras palabras, se reconoce que el Estado no tiene la capacidad de cumplir de manera instantánea con sus obligaciones pero se le señalan algunas medidas que debe tomar de manera inmediata y otras que puede implementar de manera progresiva. El principio de progresividad se acompaña del principio de no regresión, es decir, ante condiciones de cumplimiento y ejercicio ganadas éstas no pueden retroceder.

Con estas referencias indispensables, a modo de conclusión de la investigación, se señalan aquellas obligaciones pendientes y las medidas inmediatas que no se han cumplido y que derivan en violaciones por parte del Estado.

En relación al derecho a la alimentación, el Estado está incumpliendo su obligación de garantizar la alimentación

adecuada que, en los sectores más vulnerables como lo son las niñas, niños, mujeres y los pueblos indígenas corresponde a una obligación de carácter inmediato de acuerdo con la Observación General no. 12 del CESCR. Esta violación a la obligación de garantizar la alimentación adecuada es por demás evidente cuando en las comunidades y municipios las personas sólo tienen acceso a 3 alimentos básicos de los alimentos que el propio Estado, a partir de uno de sus órganos autónomos, ha considerado como parte de la canasta básica rural. Este punto es particularmente relevante en un contexto donde el 100% de las familias no puede costear los productos básicos para llevar una sana alimentación, ya sea también porque no están disponibles ni accesibles en el contexto, y lo que tienen a su alcance son productos de bajo costo, industrializados con poco o nulo valor nutricional con lo que ven vulnerado en una dimensión extrema su ejercicio del derecho a la alimentación.

El Estado viola su obligación de proteger la alimentación adecuada al no establecer medidas ante empresas refresqueras y de productos industrializados con altos niveles calóricos cuyos precios y presencia en las comunidades se convierten en las únicas opciones viables para alimentarse. Los precios irrisoriamente bajos, la oferta diversa de refrescos embotellados en recipientes que no encuentran referencia en otros lugares del país, la vinculación de las empresas refresqueras y de cerveceras con los municipios para la preparación de las fiestas patronales y cualquier otro tipo de acciones que conviertan los refrescos y los productos "chatarra" en la primera opción de consumo de las comunidades indígenas es un ámbito donde el Estado tiene la obligación de interferir.

Las consecuencias de esta omisión estatal recaen en el deterioro del estado de nutrición y salud de las niños y niñas, así como en el aumento de enfermedades crónicas en la edad adulta como son la diabetes y obesidad, es un ejemplo tangible de que así como los derechos se interrelación entre sí, las violaciones de un derecho tienen impacto en otros: en este caso, en el derecho a la salud.

En relación con este punto, el Estado debe cumplir con su obligación de garantizar la disponibilidad y accesibilidad de alimentos adecuados, por lo menos, de aquellos que componen la canasta básica alimentaria, no

solo a través de programas de asistencia alimentaria, que si bien llegan a resarcir el problema en momentos críticos, no van a acompañados de la generación de estrategias adecuadas de educación en salud ni de autonomía alimentaria, además de que los alimentos la mayoría de las veces no son culturalmente aceptados y simplemente no se consumen.

A pesar de los múltiples esfuerzos desde la política pública y la inmensa cantidad de recursos públicos ejercidos para garantizar la sustitución del piso de tierra en las casas de las poblaciones más vulnerables la total cobertura sigue siendo una tarea pendiente. Sin duda, y a más de una década de distancia de la implementación continua de programas con este fin, se vuelve relevante hacer un monitoreo ciudadano del manejo de los recursos públicos para identificar si éstos se han ejecutado de manera eficiente a partir del principio de máximo uso de recursos disponibles. En este punto, el Estado está faltando a la obligación inmediata de otorgar la debida prioridad a los grupos sociales que viven en condiciones desfavorables concediéndoles una atención especial tal como se indica en la Observación General número 4 del CESCR. La desatención, el probable manejo ineficiente y opaco de los recursos públicos impacta directamente en la salud de las y los niños entre los 0 y 6 años llegando, incluso, a vulnerar su derecho fundamental a la vida.

De acuerdo con la Observación General no. 15 del CESCR, existen obligaciones estatales de aplicación inmediata con respecto al derecho al agua.

De entre las obligaciones indicadas, retomamos tres que se violentan de forma flagrante y sistemática en los municipios analizados: 1) el Estado está incumpliendo con su obligación de garantizar el acceso a la cantidad esencial mínima de agua que sea suficiente y apta para el uso personal, doméstico y de prevención de enfermedades; 2) el Estado incumple con su obligación de garantizar el acceso físico a instalaciones o servicios de agua que proporcionen un suministro suficiente y regular de agua salubre que se encuentren a una distancia razonable del hogar; y 3) el Estado incumple con asegurar el derecho de acceso al agua y a las instalaciones y servicios de agua sobre una base no discriminatoria, en especial a los grupos vulnerables o marginados.

De especial relevancia es el incumplimiento del

Estado al acceso al agua en igualdad de condiciones. Como se muestra en el estudio hay diferencias claras entre la posibilidad de acceder al agua en las cabeceras municipales en contraste con las comunidades. Por supuesto, no se trata de empeorar las condiciones en las cabeceras municipales sino de mejorar el acceso al agua segura en todas las comunidades.

El acceso al agua es un derecho que impacta, como ya fue mencionado, en múltiples derechos en la primera infancia como la alimentación, la salud e, incluso, la educación. La inversión estatal debe asegurar que en todas las comunidades se tenga acceso al agua y que por ende dicho acceso tenga consecuencias estructurales relevantes para garantizar la mejora de condiciones de vida y generar mecanismos que permitan incrementar el ejercicio de los derechos a la salud, alimentación y educación de niñas y niños indígenas posibilitando comenzar romper con los círculos que heredan marginación, desigualdad y pobreza.

El derecho a la salud de niñas y niños se reconoce como obligación inmediata del Estado en distintos instrumentos internacionales. Desde la Observación General no.14 que indica las características y obligaciones del Estado en materia del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, resaltamos que en las comunidades consultadas el Estado incumple las siguientes obligaciones básicas de carácter inmediato para con las niñas y niños:

- ✓ No garantiza el derecho de acceso a centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria. En contextos de alta marginalidad el argumento de no colocar centros de salud por las dimensiones de la población resulta discriminatorio y contradictorio con la perspectiva de derechos humanos, más aún si tras el argumento no existen los mecanismos estatales que aseguren los traslados gratuitos y garantizados para la atención médica de niños y niñas.
- ✓ No facilita la atención de la salud desde un enfoque intercultural y preventivo, es decir los problemas de salud que son comunes y que se pueden prevenir, no suelen ser atendidos de manera oportuna y adecuada.
- ✓ No facilita de manera permanente el esquema básico de medicamentos para la atención oportuna de enfermedades diarreicas agudas, parasitarias e infecciones respiratorias, tal como lo reconoce el personal de salud entrevistado en el marco del estudio.

El Estado cumple con la obligación de inmunizar a niñas y niños frente a las principales enfermedades infecciosas; sin embargo, la continuidad en la aplicación de las vacunas y el registro adecuado en las cartillas de vacunación presentan vacíos importantes que vulneran los avances en la materia. Por otro lado, el Estado incumple con su obligación de promover la salud de niños y niñas al no contar con programas de educación en salud bucal, prevención de accidentes y estimulación temprana afectando, aún más, el desarrollo de niños y niñas en contextos de marginalidad y alta marginalidad como los analizados en este estudio.

Como ya señalamos, la violación de un derecho humano impacta en la violación de otros derechos. Tal como lo señala el Comité en materia del derecho a la salud, el Estado mexicano también se encontraría violentándolo al no asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima, nutritiva, adecuada y segura y al no garantizar el acceso a un hogar con condiciones sanitarias básicas, así como al suministro adecuado de agua segura.

Sin embargo, en materia del derecho a la salud de niñas y niños, no sólo existe interdependencia en las violaciones entre derechos, sino una vinculación directa entre las violaciones a la salud de ellos y ellas y el incumplimiento de garantías del derecho a la salud de sus madres. De acuerdo con la PIDESC, la Obligación General no. 14 y la CND, la disposición relativa a la "reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños" se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud materna, incluyendo información sobre salud sexual y reproductiva como el acceso a métodos de planificación familiar, la atención prenatal y post natal, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como los recursos necesarios para actuar en casos de emergencias.

Dimensiones, todas, que se violentan sistemáticamente en las mujeres que formaron parte de la muestra. Si bien no fue un tema abordado a profundidad, es posible decir que en los tres municipios y sus comunidades es difícil que las mujeres accedan a los servicios de salud para llevar un embarazo saludable y libre de riesgos.

Preocupa profundamente la falta de garantía sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la poca información sobre métodos

anticonceptivos y, peor aún, la poca capacidad de decidir sobre sus propios cuerpos que las mantienen en múltiples embarazos durante su vida fértil.

En este sentido, el Estado no se encuentra solamente violando sus obligaciones de garantía, sino de protección al no implementar medidas que las protejan de prácticas sociales nocivas que afectan el acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación familiar o al acceso a servicios de diagnóstico como el Papanicolaou, prevención y detección de ITS, por mencionar algunos problemas relacionados con la salud de las mujeres.

Finalmente el trato diferenciado, discriminatorio e irrespetuoso que tanto las niñas, niños y mujeres reportan que reciben en los servicios de salud no reflejan más que una práctica sistemática y cotidiana que vulnera el más elemental de todos los principios en materia de derechos humanos y la obligación primordial de todo Estado.

Por el rango de edad elegido para realizar el estudio, el análisis sobre el derecho a la educación se concentró en la educación inicial y preescolar. En relación a la educación inicial está es prácticamente inexistente en las comunidades y si la hay esta se concentra en las cabeceras municipales por lo que, de nueva cuenta, el Estado parte de parámetros discriminatorios para definir el lugar donde coloca los servicios contribuyendo a perpetuar las condiciones de marginalidad al interior de los municipios y condicionando el acceso a la educación inicial al lugar donde vivan las niñas niños y a que sus padres trabajen y tengan un contrato laboral formal para acceder a las guarderías y servicios de estancia de bienestar y desarrollo infantil.

En relación al acceso el Estado incumple el requisito de y viola su obligación de proteger el acceso de las niñas a la escuela quienes acuden en menor medida a partir de roles culturales que las relegan a un protagonismo secundario en la educación ya que ellas son quienes deben apoyar en labores del hogar y al cuidado de hermanos pequeños, porque ese será su papel en su vida adulta.

Si bien, es probable que esta tendencia cambiará a partir de los beneficios que otorga el Programa Federal Oportunidades[20] a niñas y niños que asisten a la escuela.

20 El Programa Federal Oportunidades que durante el estudio así se nombraba, actualmente nombrado Prospera, brinda da transferencias monetarias a las familias con niñas y niños en la educación básica (primaria, secundaria), estrategia implementada para resarcir la deserción escolar, este programa

Lo cierto es que la promoción de acceso se da desde la lógica del beneficio económico y no desde la lógica del cumplimiento de derechos y equidad de género.

Es de destacar que en el caso de niñas y niños con discapacidades de cualquier tipo su acceso a la educación es nulo por lo que el Estado violenta su obligación de garantizarles la educación con prioridad dada su condición de vulnerabilidad, no existen espacios adecuados de atención y rehabilitación en los municipios de San Juan Cancuc y Chenalhó, y en San Cristóbal de las Casas, no están al alcance de quien más los necesita, en ninguno de los tres municipios existen estrategias de sensibilización hacia las familias y sociedad acerca de la inclusión de la infancia con algún tipo de discapacidad.

El estado tiene la obligación de generar e implementar un Modelo de Atención con Enfoque Integral, dirigido a la atención y satisfacción de sus necesidades desde el momento de su nacimiento y se debe otorga particular importancia al aspecto educativo, reconociendo el papel central de la intervención del agente educativo como creador de ambientes seguros, confortables y estimulantes para lograr el desarrollo de todas las potencialidades de niñas y niños en cualquier situación.

Salud, agua y alimentación: Interdependencia entre derechos

La OMS establece que la combinación de un abastecimiento de agua potable salubre y el saneamiento higiénico, son una condición previa para obtener resultados satisfactorios en la lucha contra la pobreza y el hambre[21].

La falta de acceso a agua potable es uno de los mayores problemas que presentan los tres municipios y uno de los principales inconvenientes para que niñas y niños puedan desarrollarse de manera saludable, que si este acceso fuese garantizado se evitaría en primer lugar la alta prevalencia de enfermedades y la ausencia y deserción escolar en las niñas.

---

tiene otras estrategias relacionadas con la atención a la salud de niños y mujeres embarazadas.

21 Disponible en http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/. Fecha de consulta: 12 de Mayo de 2014.

En el municipio de San Juan Cancuc, por ejemplo, aún no se ha erradicado el tracoma, problema de salud que genera discapacidad visual y afecta fundamentalmente a niñas y niños, producida por ausencia de agua adecuada para el uso doméstico. En un estudio (Sánchez-Pérez, et al.: 2000) sobre la calidad de agua en zonas de alta marginación de Chiapas, se constató que sólo el 33% de las muestras tomadas eran de buena calidad.

Para la muestra de este estudio, menos del 5% de las familias entrevistadas refirió tener agua potable y, aproximadamente, la mitad carece de agua entubada en su vivienda. Este servicio si bien mejora la calidad de toda la familia, en especial de mujeres y niñas por ser las encargadas de acarrearla, no asegura que sea óptima para su consumo. No todas las viviendas cuentan con algún sistema de almacenamiento adecuado para el agua. Hervir el agua es la forma habitual para purificarla.

El saneamiento es otro de los factores importantes, su ausencia o déficit es un grave riesgo para la salud y un factor determinante en la alta prevalencia de enfermedades encontradas junto con el acceso a agua segura.

Otro de los aspectos que incluye el saneamiento es la gestión de residuos. Los tres municipios tienen mala gestión de los mismos, si bien es cierto que la cabecera de San Cristóbal cuenta con levantamiento de basura, el servicio no es el mismo para las colonias de la periferia. Es habitual en los tres municipios ver basura tirada en caminos y plazas. En el municipio de Cancuc este hecho llama la atención, ya que los desechos usualmente lucen acumulados a un costado de la presidencia municipal y el mercado. En las visitas de campo se constató que había niñas y niños de primera infancia en esos lugares.

Todos estos aspectos están interviniendo de manera clara en las condiciones de salud, educación y desarrollo de las niñas y niños tienen en los tres municipios.

VI. Recomendaciones y retos urgentes que atender

A la luz de los hallazgos presentados a lo largo del presente informe, es bastante clara la necesidad de establecer líneas de acción que sirvan de fundamento para entender el ejercicio y cumplimiento de los derechos fundamentales de la primera infancia indígena, así como comprender a partir de una mirada psicosocial la situación que prevalece en el estado.

Si bien el estado ha priorizado las políticas de atención a los grupos en condiciones más vulnerables, donde en primer lugar se encuentran las niñas y niños de 0 a 5 años, las poblaciones indígenas, mujeres en edad reproductiva, embarazadas, etc, estás no están siendo del todo eficaces ni alcanzables, ni mucho menos vistas desde el cumplimiento de derechos.

La primera infancia como periodo inicial y básico de la vida humana merece atención prioritaria en las políticas públicas del país y del estado por varias razones, si bien la presente investigación presenta un panorama desde el Enfoque de Derechos Humanos, solamente es una aproximación a la realidad cotidiana de desigualdades e inequidades que día a día viven niñas y niños indígenas del estado de Chiapas y otros estados. Algunas recomendaciones para profundizar en el análisis de las condiciones de la primera infancia indígena, que no fueron abordadas en este estudio, tienen que ver con factores primordiales que repercuten en el desarrollo de niñas y niños como son las prácticas de alimentación infantil durante el primer año de vida. Por ejemplo aquellas relacionadas con la lactancia materna e introducción de alimentos que cuando se dan de manera adecuada con alimentos disponibles y adecuados pueden asegurar la supervivencia y desarrollo adecuados de niñas y niños. Otro tema no abordado a profundidad está relacionado con la atención a niñas y niños con discapacidades.

Existen ya las evidencias científicas que señalan, sin lugar a dudas, que los primeros años de vida son críticos para el desarrollo del ser humano en todos los aspectos: en lo biológico, lo social y psicológico y en base a ellos se deben fundamentar las políticas e intervenciones efectivas y con enfoque de derechos, entre ellos están los

ya señalados por Lancet en 2006; la atención prenatal y los cuidados necesarios e indispensables durante el primer año de vida, el fortalecimiento de los vínculos familiares como eje del desarrollo psicosocial, cognitivo y emocional, el aporte básico de nutrientes necesarios para el logro del desarrollo, crecimiento y bienestar de las niñas y niños, asegurar el acceso a agua segura y saneamiento básicos.

Por lo tanto acciones preventivas y de atención oportuna y temprana resultarán ser más eficaces con respecto al costo, como se señaló en el foro celebrado en México en junio 2015 llamado "Invertir en la Primera infancia" donde también se destacó la importancia de conocer los montos y distribución del presupuesto destinado a la atención de niñas, niños y adolescentes, en especial el que está destinado a la primera infancia, agregando que el ejercicio de dicho presupuesto debe ser de acceso público y con total transparencia.

Para finalizar hace falta un programa enfocado en el desarrollo integral de la primera infancia indígena que conjunte todos los programas, políticas, acciones y estrategias del sector público y privado para articular y coordinar de manera eficiente el alcance de dichos programas.

VII. Anexos

ANEXO 1

Cuadro 1. Principales instrumentos del DIDH ratificados por México en materia de Derechos de las niñas y los niños	
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículos 10, 14 y 24).	México se adhirió el 23 de marzo de 1981
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículos 10 y 12).	México se adhirió el 23 de marzo de 1981
Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (Convención de Palermo).	México lo ratificó el 4 de marzo de 2003
Convenio No. 182 de la OIT sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación.	México lo suscribió el 30 de junio de 2000
Convención sobre la protección de menores y la cooperación en materia de adopción internacional.	México la ratificó el 22 de junio de 1994
Convención sobre los aspectos civiles de la sustracción internacional de menores de la Organización de Estados Americanos.	México la ratificó el 6 de marzo de 1992
Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (artículos 28 y 29).	México lo ratificó el 5 de septiembre de 1990
Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículo 19).	México la ratificó el 2 de marzo de 1981.
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículos 7, 15 y 16)	México lo ratificó el 3 de agosto de 1996.
Fuente: Secretaría de Relaciones Exteriores (2011). "Los derechos de los niños y niñas y adolescentes" en *Informe México. Avances y desafíos en materia de derechos humanos*.	

ANEXO 2

Anexo 2. Cuadro 2. Canasta Alimentaria Urbana según el CONEVAL	
Grupo	**Nombre**
Maíz	Tortilla de maíz
Trigo	Pasta para sopa, pan blanco, pan de dulce, pan para sándwich, hamburguesas,
Arroz	Arroz en grano
Otros cereales	Cereal de maíz, de trigo, de arroz, de avena
Carne de res y ternera	Bistec: aguayón, cuete, paloma, pierna, carne molida
Carne de cerdo	Costilla y chuleta
Carnes procesadas	Chorizo y longaniza, jamón
Carne de pollo	Pierna, muslo y pechuga con hueso, pierna, muslo y pechuga sin hueso, pollo entero o en piezas
Pescados frescos	Pescado entero
Leche	De vaca, pasteurizada, entera, light
Quesos	Fresco
Otros derivados de la leche	Yogur
Huevos	De gallina
Aceites	Aceite vegetal
Tubérculos crudos o frescos	Papa
Verduras y legumbres frescas	Cebolla, Chile*, Jitomate
Leguminosas	Frijol
Frutas frescas	Limón, Manzana y perón, Naranja, Plátano tabasco
Azúcar y mieles	Azúcar
Alimentos preparados para consumir en casa	Pollo rostizado
Bebidas no alcohólicas	Agua embotellada, Jugos y néctares envasados, refrescos de cola y de sabores
Otros	Alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar, otros alimentos preparados

Fuente: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx, consultada en septiembre 2014.

VIII. Referencias utilizadas

Alfajeme, E., Cantos R. y Martínez, M. (2003). De la participación al protagonismo infantil. Madrid, Plataforma de Organizaciones de Infancia.

Avaria, M.A. (2005). "Aspectos biológicos del desarrollo psicomotor". Revista de Pediatría Electrónica, Vol 2, N° 1:36-46, en http://www.revistapediatria.cl/vol2num1/pdf/6_dsm.pdf

Ávila, A. y Shamah T. (2005). Nutrición de los grupos indígenas en zonas rurales, en http://sedesol.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2011/09/doc27.pdf

Ávila, A.; Chávez. A.; Shamah, T.; y Madrigal, H. (1993). "La desnutrición infantil en el medio rural mexicano a través de las encuestas nacionales de alimentación". Salud Pública de México, 6: 658-666.

Barudy, J. (1998). El dolor invisible de la infancia. Una lectura eco sistémica del maltrato infantil. Barcelona, Paidós Terapia Familiar.

Burguete, A. y Solis, S. (2010). Diagnóstico y propuesta de una agenda municipal que incida en mejorar la calidad y efectividad de los servicios municipales para la población indígena en el estado de Chiapas, desde una perspectiva de derechos de los pueblos indígenas, en http://www.regionalcentrelacundp.org/images/stories/DESCENTRALIZACION/boletin/chiapasep.pdf

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) (1996), División de Población de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), "Déficit habitacional y datos censales sociodemográficos: una metodología". Comisión Económica para América Latina (CEPAL), LC/DEM/R.267, 1996.

Chávez, A., y Martínez, C. (1979). Nutrición y desarrollo infantil. México, Interamericana.

Comité de los Derechos del Niño (2005). Observación General N°7. Realización de los derechos del niño en la primera infancia, ONU, Ginebra, en <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1_sp.pdf

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) (2002). Observación General no. 15 "Derecho al Agua" E/C.12/2002/11.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) (1999). Observación General no. 12 "Derecho a la Alimentación Adecuada" E/C.12/1999/5

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) (1999), Observación General no. 13 “Derecho a la Educación” E/C.12/1999/10

Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (CESCR) (1991). Observación general no. 4 “El derecho a una vivienda adecuada”. E/1991/23

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) (2000). Observación General no. 14 “El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. E/C.12/2000/4

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y UNICEF (2009). La niñez y la adolescencia en el contexto de la crisis económica global: el caso de México, en <http: //www.unicef.org/mexico/spanish/La_ninez_y_la_crisis_global_caso_Mexico.pdf>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Informe de pobreza multidimensional en México, 2008, en http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/Informe_de_pobreza_multidimensional_en_Mexico_2008.es.do

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Evolución de las Líneas de Bienestar y de la canasta alimentaria, en http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Mortalidad, 2012, en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Mortalidad

Chong, N.; Trujillo, L y Zúñiga, M. (2010). Vulnerabilidad de la niñez en Chiapas. México, El Colegio de la Frontera Sur.

De la Mata, C. (2008). “Malnutrición, desnutrición y sobrealimentación”. Revista Médica de Rosario, N° 74: 17-20, en: <http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/a47544Cristina%20de%20la%20Mata.pdf>

Ferreira-Guerrero, E., Mogua-Rodríguez, N., Díaz-Ortega, J.L., Delgado-Sánchez, G., Báez-Saldaña, R., Cruz-Hervert, L.P., Chilián-Herrera, O.L., Mendoza Alvarado, L. y García-García, L. (2013). “Diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de cinco años en México”. Salud Pública de México, vol. 55, suplemento 2: 315-322, en <http:/www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331031>.

Freyermuth, G. (2003). Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos de maternidad. México,

CIESAS, Instituto de la Mujer, Instituto Nacional de las Mujeres, ASAC, Porrúa.

Freyermuth, G. y De la Torre, C. (2003). Mortalidad materna en los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero. Panorama General. Chiapas, ACAS, Foro Nacional de las Mujeres y Políticas de Población.

Freyermuth, G. y Siesa, P. (coord.) (2009). La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México, CIESAS: Comité promotor por una maternidad sin riesgo, en <http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/La_Muerte_Materna_2_Acciones_y_Estrategias_hacia_una_maternidad_Segura.pdf>

Feyermuth, G. y Cárdenas, R. (2009). «Evaluación del subregistro de la mortalidad materna en los Altos de Chiapas mediante las estrategias RAMOS y RAMOS modificada». Salud pública de México, vol. 51, n° 6: 450-457.

Gutiérrez-Jiménez, J., Torres-Sánchez, M.G., Fajardo-Martínez, L.P., Schile-Guzmán, M.A., Luna-Cazares, L.M., González-Esquina, A. R., Guerrero-Fuentes, S., Vidal, J.E. (2013). "Malnutrition and the presence of intestinal parasites in children from the poorest municipalities of Mexico". The Journal of Infection in Developing Countries, Vol 7, N° 10:741-747.

Gertler, P., Cattaneo, M., Galiani, S., Martínez, S., y Tituinik, R. (2006). Evaluación de resultados de impacto del programa piso firme estado de Coahuila, en http://www.2006-2012.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/1750/1/images/Informe.pdf

Heintz, L. y Kennedy, K. (2009). ¿Qué sabemos sobre la relación de la calidad de la vivienda y la salud? Hábitat para la humanidad, El Foro, parte 16, N° 2: 1-2, en <http://www.habitat.org/lc/theforum/spanish/pdf/Foro_Salud.pdf>

Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Chiapas, en <http://ensanut.insp.mx/informes/Chiapas-OCT.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día del niño. Datos de Chiapas, en http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/ni%C3%B1o7.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Módulo de trabajo infantil 2011, en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/

proyectos/encuestas/hogares/modulos/mti/mti2011/default.aspx.

Iniciativas para la identidad y la inclusión (2011). Identidades, autonomía y derechos humanos. Diagnóstico del cumplimiento de los derechos humanos de mujeres, jóvenes indígenas en Oaxaca, Puebla y Chiapas. México, Inicia.

UNESCO (1990). Declaración Mundial de Educación para Todos y marco de acción para satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje. Jomtien, Tailandia, en http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001275/127583s.pdf

Lansdown, G. (2005). ¿Me haces caso? El derecho de los niños pequeños a participar en las decisiones que los afectan. Cuadernos sobre Desarrollo Infantil Temprano N°36s, La Haya, Fundación Bernard van Leer.

Martínez, M., Urbina, J. y Mendoza, R. (2011). Ser niña y ser niño. Diagnóstico participativo con un enfoque de derechos. Lima, Instituto de Formación de Adolescentes y Niños Trabajadores, INFANT Nagayama Norio.

Martínez, R.; y Fernández, A. (2006). "Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe". Desafíos, Boletín de infancia y adolescencia sobre los objetivos de desarrollo del Milenio, Abril 2006, N° 2: 4-9, en http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion(13).pdf

Martínez, R.; y Fernández, A. (2009). El costo del hambre. Impacto social y económico en el Estado Plurinacional de Bolivia, el Ecuador, Paraguay y Perú. Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas en,

http://disde.minedu.gob.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/591/340.%20El%20costo%20del%20hambre%20impacto%20social%20y%20econ%C3%B3mico%20de%20la%20desnutrici%C3%B3n%20infantil%20en%20el%20Estado%20Plurinacional%20de%20Bolivia%2c%20Ecuador%2c%20Paraguay%20y%20Per%C3%BA.pdf?sequence=1

Melel Xojobal (2012). Infancia Trabajadora en San Cristóbal de las Casas Chiapas. Transformaciones y perspectivas a 10 años (2000-2010). Chiapas, Melel Xojobal.

Muñoz, V. (2012). Derechos desde el principio. Atención y educación a la primera infancia. Campaña Mundial de Educación, en http://globalactionweek.org/app/webroot/files/reports/GAW_RFTS_FINAL_ES.pdf

Mustard, J.F. (2006). Desarrollo de la primera infancia y del cerebro basado en la experiencia. Bases científicas de la importancia del desarrollo de la primera infancia en un mundo globalizado, Canadá, The Brookings Institution, en http://portal.oas.org/Portals/7/Educacion_Cultura/Mustard,%20ESP_%20DIT%20y%20experiencias%20cerebrales.pdf

Organización de Naciones Unidas (ONU) (1989). Convención sobre los Derechos del Niño.

Observatorio de Mortalidad Materna en México, Numeralia 2012, en http://www.omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia%202012%20marzo31.pdf

Organización Mundial de la Salud. Malnutrición,

En http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/malnutrition/es/

Organización Mundial de la Salud. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue, en http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/

Organización Mundial de la Salud. Agua potable salubre y saneamiento básico en pro de la salud, en http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/

Organización Mundial de la Salud (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, en http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_spa.pdf

Secretaría de Relaciones Exteriores (2001). "Los derechos de los niños y niñas y adolescentes" en Informe México. Avances y desafíos en materia de derechos humanos.

Physicians for Human Rights, Colegio de la Frontera Sur y Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos-Defensoría del derecho a la salud (2006). Pueblos excluidos, comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas, México. Estados Unidos, PHR, Ecosur, CCESC.

PNUD (2011). Agua y desarrollo. Agenda municipal para la igualdad de género. Chiapas: San Juan Cancuc, Sitalá, Tuxtla Gutierrez, en http://www.undp.org.mx/IMG/pdf/Aguaydesarrollo_CHIAPAS.pdf

Red por los Derechos de la Infancia en México (2013). La infancia cuenta en México 2013.Hacia la construcción de un sistema información sobre derechos de infancia y adolescencia en México. México, REDIM.

Red por los Derechos de la Infancia en México (2013). La desigualdad de género comienza en la infancia. Manual teórico-metodológico para transversalizar la perspectiva de género en la programación con enfoque sobre derechos de la infancia. México, REDIM.

Sánchez-Pérez, H.J., Vargas-Morales, M.G., Méndez-Sánchez, J.D. (2000). Calidad bacteriológica del agua para consumo humano en zonas de alta marginación de Chiapas. Salud pública de México, Vol.42, N° 5: 397-406, en http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n5/3990.pdf

Secretaria de Educación Pública (2012). Modelo de atención con enfoque integral. Educación inicial. México, en http://basica.sep.gob.mx/dgdc/sitio/pdf/inicio/EducacionInicial.pdf

Serrano, Sandra y Daniel Vázquez. (2013). Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos. México: FLACSO-México.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Gobierno Federal. Perfil epidemiológico de la salud bucal, en México 2010, en http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LA_SALUD_BUCAL_EN_MEXICO_2010.pdf

UNESCO. Enseñanza y aprendizaje. Lograr la calidad para todos. Informe de seguimiento de la Educación para Todos en el mundo, 2013/2014, en http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002256/225654s.pdf

Unicef (2013). Los derechos de la infancia y la adolescencia en Chiapas. México, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

World Vision México (2013). Experiencias de investigación-acción-participativa en comunidades de la Zongolica y Vicente Camalote: una perspectiva en salud materno-infantil. México, World Vision México.